



Né trop tôt

Informations pour
Parents de Bébés Prématurés



Bundesverband
„Das frühgeborene Kind“ e.V.

Mentions légales

Editeur

Bundesverband « Das frühgeborene Kind » e.V.

Speyerer Straße 5-7

D-60327 Frankfurt am Main

Infoline (018 05) 87 58 77 (0,14 Euro/Min.)

Mardi et Jeudi 9:00 – 12:00 heures

Téléphone +49 (0) 69 58 70 09 90

Télécopie +49 (0) 69 58 70 09 99

E-Mail info@fruehgeborene.de

Internet www.fruehgeborene.de

Photo de titre

Foto Video Sessner, Dachau

Layout, composition et reproduction

Thomas Fehl

An den Weiden 3

D-60433 Frankfurt am Main

Impression

gzm Grafisches Zentrum Mainz Bödige GmbH

Dekan-Laist-Straße 38 · 55129 Mainz

Remerciements

Nous remercions pour la mise à disposition du matériel graphique:

Ivo Kljuc, Deepartment Mannheim

Foto Video Sessner, Dachau

Harald Deis, Düsseldorf

Deutsche Kinderhilfe Direkt e.V., Berlin

Sur la base des données de: Novembre 2007

Table de matières

	Page
L'Unité Néonatale de Soins Intensifs – La Première Demeure d'un Prématuré	4
L'Allaitement d'un Bébé Prématuré	9
Aides Pratiques après un Accouchement Prématuré	23
Développement des Relations et Liens entre Parents et leurs Enfants nés trop tôt	28
Aides pour les Frères et Sœurs	34
Soutien par la Voix Maternelle et la Musique	36
Votre enfant nouveau-né, entend-il ?	40
Le Passeport de Suivi	42
Vaccinations chez les Prématurés	45
Comment prévenir la mort subite du nourrisson chez les prématurés ?	52
L'Association Fédérale se Présentant en son Propre Nom	57

L'Unité Néonatale de Soins Intensifs – La Première Demeure d'un Prématuré

(Version concise prise de «Prématurés – Conseils et aides pour parents concernés»)

Prof. Dr Gerhard Jorch, Clinique universitaire de Magdeburg

Les prématurés qui, après la naissance, ont besoin d'une assistance respiratoire ou circulatoire sont traités à l'unité néonatale thérapeutique de soins intensifs. Des prématurés qui n'ont besoin que de l'adduction de chaleur, de sonde gastrique ou d'infusions et d'un contrôle continu par moniteur, sont mis dans une unité néonatale de soins intensifs surveillés. Ces deux formes du traitement se trouvent dans chaque centre de néonatalogie – mais elles portent des désignations différentes. Nous voulons les appeler dans cet article Néo 1 et Néo 2.

Une Néo 1 dispose d'habitude de 4–16 lits. Il y a un service médical et soignant par équipes. Cela veut dire que des infirmières et des médecins sont présents en permanence.

Une place de traitement comprend :

- Un incubateur intensif ou un lit chauffant intensif
- Un moniteur pour ECG, respiration, saturation en oxygène, température, tonométrie et d'autres valeurs mesurées
- Des appareils d'infusion de précision
- Un respirateur et d'autres aides respiratoires
- D'autres appareils comme aspirateur, système de drainage pleural, éclairage spot pour interventions, un distributeur de moyens de désinfection etc.

D'habitude une infirmière s'occupe de 1-3 patients, un médecin de 4–12 patients.

Une Néo 2 a d'habitude 12–24 lits. Il y a un service soignant par équipes et un service médical d'urgence, c'est-à-dire qu'un médecin est disponible en peu de minutes. Une place de traitement est composée de :

- Un incubateur intensif ou un lit chauffant intensif
- Un moniteur pour ECG, respiration, saturation en oxygène, température,
tonométrie et d'autres valeurs mesurées
- Des appareils d'infusion de précision

- D'autres appareils comme aspirateur, éclairage spot pour interventions, un distributeur de moyens de désinfection etc.

Une infirmière prend soin d'habitude de 3–6 patients, le médecin de 12–24 patients. Les parents et membres proches de la famille ont en principe toujours accès aux unités, quoique normalement il sera convenu de règlements concernant les temps de visite principaux dans l'intérêt des autres patients. Des fauteuils, fauteuils à bascule ou des couchettes confortables sont mis à la disposition des parents de sorte qu'ils sont en mesure de « se nicher » avec leur enfant (soins dits kangourou). Le but, c'est de faire participer les parents dans une large mesure à la surveillance de leur enfant. Dans le meilleur des cas, ils peuvent se sentir comme membre de l'équipe soignante.

Les appareils, moyens auxiliaires, mesures et médicaments les plus importants seront expliqués par la suite.

Incubateur (autrefois « couveuse »)

Une caisse transparente fermée dont la température intérieure, l'humidité de l'air et (en cas de nécessité) la teneur en oxygène peuvent être précisément réglés, destinée au traitement soignant de prématurés très immatures et/ou nécessitant une thérapie intensive. Les infirmières, médecins et parents y accèdent par des hublots aux côtés. L'incubateur est censé permettre de dispenser des soins au prématuré déshabillé et ainsi facilement accessible sans perte de chaleur ou de liquide. Il importe de veiller soigneusement à ce que l'intérieur soit pollué aussi peu que possible par des bactéries. Des fonctions d'alarme assurent l'observation de la température, l'humidité et la concentration en oxygène.

Lit chauffant

Dans le lit chauffant, on traite des bébés prématurés dont la stabilité de température est déjà mieux. Dans ce lit, également en forme de caisse et transparent, l'enfant est accessible par des trappes d'en haut. La chaleur peut être amenée par un matelas chauffant ou par un radiateur d'en haut. L'humidité de l'air n'est pas réglée. Le plus souvent les enfants sont habillés. Il y a également des fonctions d'alarme.

Moniteur

Cet appareil enregistre la courbe de l'ECG, la courbe respiratoire, la saturation en oxygène et d'autres valeurs mesurées. Des fonctions d'alarme indiquent le dépassement d'une limite réglée des valeurs

mesurées vers le haut ou le bas. Pour les parents, infirmières et médecins il est important qu'ils regardent néanmoins en première ligne l'enfant et ne se concentrent pas trop au moniteur. Pour la plupart, les alarmes sont des faux alarmes!

Pompe d'infusion

Avec ces appareils, des liquides d'infusion et des médicaments peuvent être administrés avec une précision extraordinaire. L'ajustement peut être minutieusement réglé aussi bas qu'une goutte par 30 minutes(!). Etant donné que presque toujours plusieurs infusions sont administrées en même temps, de nombreuses pompes de précision sont nécessaires par place de traitement; elles sont pour la plupart bien disposées en «tour» sur un seul montant. Le prix d'achat d'une tour pareille se situe comme celui de l'incubateur ou du respirateur dans l'ordre de grandeur d'une petite voiture. Puisque au cours du traitement d'un bébé prématuré, les vitesses d'infusion sont à rajuster plusieurs cents fois et puisque l'ajustement respectif peut être vital, on ne saura assez estimer la responsabilité des infirmières maniant ces appareils. Les infirmières y sont cependant secondées par des fonctions d'alarme.

Respirateur

Si l'enfant est trop faible pour respirer suffisamment avec des poumons immatures, il doit recevoir une assistance respiratoire tant que la fonction des poumons s'est améliorée. Ceci s'effectue par un gonflement de poumons finement ajusté par 10 à 80 souffles par minute. L'expiration



Le contact corporel est une stimulation importante pour l'enfant

s'opère ensuite par la force élastique resserrant qu'ont les poumons et le thorax. Afin de ne pas porter plus d'atteinte aux poumons déjà immatures ou malades, il importe d'ajuster le temps d'inspiration et la courbe de pression de manière très délicate. Malgré l'assistance respiratoire, on essaye en outre de permettre à l'enfant un reste de sa propre respiration pour entraîner sa musculature respiratoire et pour rendre la respiration artificielle plus supportable. Une importance vitale revient en outre à l'humidification et le réchauffement optimums des gazes respiratoires. La respiration artificielle correcte est un grand art et la maîtrise ne s'acquière qu'après une activité prolongée dans une unité de soins intensifs. Dans des cas particuliers, on aura recours à la respiration artificielle à haute fréquence. Pour cela, le thorax est vibré à une fréquence de près de 10 souffles par seconde pour permettre la prise d'oxygène et la décharge du gaz carbonique. Pour les deux formes de la respiration artificielle, une «intubation endotrachéale» est nécessaire au préalable, c'est-à-dire qu'un tuyau en plastique d'un diamètre correspondant au petit doigt du patient, est introduit par le nez ou la bouche dans la trachée.

CPAP (« Continuous Positive Airway Pressure ») (Pression positive continue dans les voies aériennes)

Avec cette méthode d'aide respiratoire, le patient respire lui-même. Ses poumons sont cependant gonflés de manière permanente avec une pression de 3-8 cm de colonne d'eau. Pour des raisons physiques, la respiration est ainsi rendue plus facile et un collapsus des poumons est évité. La pression gonflante est administrée de préférence par deux petits tuyaux introduits dans les couloirs nasaux («CPAP nez»). Une intubation n'est donc pas absolument nécessaire.

Nourriture

En principe on vise à ce que les prématurés boivent également aussi tôt que possible du biberon ou qu'ils sont allaités par leur mère. Néanmoins, il faut souvent les nourrir pendant un temps prolongé par une sonde gastrique avec du lait ou encore avec des infusions contenant de liquides nutritifs spécialement préparés. La sonde gastrique est introduite par la bouche ou le nez directement dans l'estomac, l'infusion par des canules minuscules en plastique dans les veines superficielles (canule veineuse périphérique) ou par des tuyaux plastiques super plats (cathéter veineux central) dans les grandes veines d'amenée situées directement devant le cœur. Quoique la quantité totale de nourriture par jour (du lait dans l'estomac et/ou liquide nutritif dans les veines) s'élève chez les bébés prématurés jusqu'à 1/5 du poids, ce sont par exemple chez un prématuré pesant 1000g seulement 8 x 25 ml de lait ou 3 gouttes de liquide d'infusion par minute!

Examens

Lors de l'examen corporel de bébés prématurés, l'observation y joue un rôle plus important, contrairement à l'examen d'adultes, que l'obtention de données par la palpation, l'auscultation ou le déclenchement de réflexes. Un rôle important revient aussi à l'échographie (la « troisième main du pédiatre »), qui permet, sans empiètement majeur et sans risque, non seulement de représenter en images découpées le cerveau, le cœur, les reins et les organes abdominaux (sonographie) mais encore de rendre visible et de mesurer des courants de sang (ultrasonographie Doppler). L'examen radiologique est également possible chez l'enfant se trouvant dans l'incubateur grâce aux appareils de radiographie mobiles mais il n'est utilisé qu'avec réserve à cause des doses de radiation infligées. Pour évaluer notamment les poumons immatures et pour reconnaître des complications de la thérapie respiratoire, cette méthode est néanmoins toujours une des plus importantes.

Médicaments

De nombreux médicaments doivent déjà être utilisés chez les prématurés. On ne nommera ici que quelques-uns d'importance particulière. Du surfactant est administré après la naissance par un tube respiratoire ou une sonde introduits directement dans la trachée. De là il coule dans les alvéoles pulmonaires, les ouvre et les tient ouverts, de sorte que la thérapie respiratoire peut être terminée plus vite ou ne devient même pas nécessaire. Des antibiotiques (pénicillines, céphalosporines et autres) sont d'importance vitale pour lutter contre les bactéries pénétrées dans le corps et pour éviter ainsi des infections périlleuses. Le plus souvent, ils sont administrés par des canules ou des cathéters dans les vaisseaux sanguins comme le sont également les catécholamines (dopamine, adrénaline et autres) qui soutiennent la circulation. La caféine (l'agent du café) et la théophylline (l'agent du thé noir) stimulent l'activité respiratoire et stabilisent la respiration spontanée après la terminaison de la respiration à la machine.

Contact

Prof. Dr Gerhard Jorch
Wiener Straße 13
39112 Magdeburg

L'Allaitement d'un Bébé Prématuré

par Erika Nehlsen, IBCLC (International Board Certified Lactation Consultant), Centre de formation à la lactation et l'allaitement, Ottenstein

Vous vous faites certainement des soucis au moment parce que votre bébé avait eu un peu de hâte de venir au monde. Maintenant il est à l'hôpital à l'unité néonatale et a encore besoin d'une attention médicale particulière pour compenser son démarrage précoce aussi bien que possible.

Vous pouvez seconder votre bébé dans son processus d'adaptation et de maturation en passant beaucoup de temps avec lui, en lui redonnant par le contact de la peau (soins kangourou = peau nue parent à peau nue bébé) un peu de l'intimité qu'il aurait au fond encore eu pendant quelque temps et dont il a maintenant particulièrement besoin.

Vous, chère maman, vous avez encore en outre la possibilité merveilleuse de donner à votre bébé du lait maternel. Le lait maternel de femmes après un accouchement avant terme est particulièrement adapté aux besoins de votre bébé ; il contient plus d'albumines et aussi plus d'anticorps contre des agents pathogènes. Pas toutes les femmes ont eu l'intention d'allaiter leur bébé avant la naissance. Je voudrais vous encourager de commencer quant même à le faire. Contentez-vous pour le début de vous fixer des buts à court terme; peut-être vous vous décidez plus tard de continuer si cela vous plaît et que vous pouvez voir combien votre enfant profite de votre lait :

- Pompez du lait jusqu'au moment où le bébé s'est stabilisé
- Ou bien continuez de pomper jusqu'à la sortie
- Allaiter votre bébé dès qu'il a la permission de faire les premières tentatives

Passez beaucoup de temps avec votre bébé, voyez comme il se sent bien à votre sein lorsque vous pratiquez la méthode kangourou. Le mamelon et l'aréole sont particulièrement riches en matières odorantes maternelles. C'est là que votre bébé pourra vous reconnaître par votre odeur personnelle qui lui est déjà familière du temps passé dans l'utérus.

Un contact mère-enfant pendant la première heure après la naissance est mis en relation avec un taux d'allaitement plus élevé et une durée d'allaitement plus prolongée. Le contact de peau entre la mère et l'enfant augmente la quantité de lait, la durée et le succès de l'allaitement.

Le lait maternel présente en outre, surtout chez les prématurés, d'autres avantages médicaux :

Tractus gastro-intestinal et développement

- Vidage plus rapide de l'estomac
- Muqueuse intestinale plus stable ; le lait maternel favorise la croissance d'une flore intestinale utile, les matières immunisantes du lait pré-terme (lait d'une mère d'un prématuré) particulièrement abondantes recouvrent l'intestin comme un papier-tecture ou une peinture protectrice, évitant ainsi la transmission de microorganismes et d'antigènes (matières provoquant des maladies).
- Reste moins grand à l'estomac jusqu'à la prochaine tétée
- Le lait maternel est bien toléré par l'enfant
- L'effet purgatif et les enzymes de digestion qui « pré-digèrent » le lait maternel sont particulièrement importants pour le système digestif immature d'un prématuré
- L'alimentation complètement par voie orale est atteinte plus tôt
- Stimulation de la croissance, maturation et des mouvements péristaltiques des intestins
- Enzymes qui aident le prématuré à mieux ingérer et utiliser les matières nutritives
- Amélioration de l'ingestion et de l'utilisation de la nourriture même si une nourriture particulière pour prématurés doit être administrée en sus du lait maternel

Protection d'infection

- Manifestation plus rare d'infections bactériennes graves (septicémie)
- Moins d'infections de la voie urinaire
- Manifestations plus rares de l'entérocolite nécrosante (NEC) et d'autres infections intestinales
- Les prématurés sont privés de la transmission de calcium, de fer et d'immunoglobulines (matières protectrices) par le placenta qui s'effectuerait pendant le dernier tiers de la gravité. Le lait maternel est l'unique possibilité de recevoir suffisamment d'immunoglobulines pour la défense infectieuse.

D'autres avantages de l'allaitement/de la nourriture par lait maternel :

- Moins de travail pour les reins grâce à la composition équilibrée
- Meilleur développement de l'intelligence : le lait maternel favorise le bon développement de la vision et du développement intellectuel chez les prématurés
- Moins de rétinopathies (maladies de la rétine chez les prématurés)
- Moins de thérapeutiques coûteuses (antibiotiques, opérations)
- En moyenne un séjour de 14 jours de moins à l'hôpital pour un prématuré nourri au lait maternel.

Il est idéal si vous commencez bientôt après la naissance à vider votre sein pour gagner le colostrum (le lait pour le nouveau-né des premiers jours) précieux. Le colostrum n'existe que dans une petite quantité ; il contient des anticorps pour votre bébé contre tous les germes avec lesquels vous êtes venue en contact pendant la grossesse et offre à votre bébé une immunisation de base. Un bébé qui a été né en état mature ou presque mature commence le plus souvent à téter déjà pendant la première heure de vie dans la salle de travail. Si, par un vidage tôt de votre sein, vous pouvez faire de sorte que le colostrum arrive dans les quatre heures chez votre bébé, votre lait maternel peut souvent être la première nourriture. A côté des agents anti-infectieux, votre colostrum a la qualité merveilleuse de stimuler l'intestin de sorte que la première selle de votre bébé est évacuée plus facilement. En outre, une série d'agents digestifs sont contenus dans le colostrum et le lait maternel qui aident votre bébé à digérer le lait sans grands efforts.

Le colostrum peut être vidé à la main et être recueilli dans une petite seringue stérile. Un bouchon de fermeture stérile assure que le premier lait précieux peut être bien transporter auprès de votre bébé. Dans beaucoup d'hôpitaux, c'est le père qui apporte le premier colostrum à son bébé.

Pour obtenir aussi vite que possible et sans problèmes une lactation abondante, il vous faut, chère maman, stimuler et vider vos seins aussi souvent que le ferait normalement un nouveau-né mature. Les soins kangourou favorisent la stabilité physique de votre bébé, lui donnent la sécurité d'être de nouveau chez maman et stimulent la lactation sur le plan hormonal.

Pendant les premiers 8 – 10 jours après la naissance, les seins sont «ajustés» pour cette période d'allaitement/ce bébé (ou bien plusieurs

enfants) à leurs «fonctions de base». Sous l'influence de valeurs de prolactine élevées, il est bien possible d'obtenir, en pompant régulièrement, suffisamment (au moins 6 – 8 fois/jour, dont 1 – 2 fois la nuit), une augmentation de la quantité du lait. A partir du troisième jour, un bébé mature téterait probablement encore plus souvent. Vous devriez maintenir ces vidages à la main/pompages fréquents pendant les premiers jours suivant la naissance tant que vous êtes encore à l'hôpital où l'on peut vous donner tous les soins, pour obtenir rapidement des quantités importantes de lait.

Pendant les premiers deux jours, on vide tout d'abord à la main et pompe après parce que vous pouvez mieux recueillir les quantités petites mais très précieuses de colostrum par le vidage à la main. Le colostrum est plutôt visqueux et collant, il aurait tendance à s'accrocher à la paroi de la bouteille de pompage et ne pourrait plus être bien donné à votre bébé.

C'est normal, si le deuxième jour, il y a un peu moins de lait; le colostrum que vous avez produit déjà pendant la grossesse touche à sa fin et c'est maintenant que la lactation active commence. Dès le troisième jour, vous verrez que votre lait devient peu à peu plus abondant. Ce qu'il vous faut, c'est d'assistance/accompagnement suffisants et un bon tire-lait électrique (Medela Symphony ou Ameda Elite).

Plus on pompe fréquemment, plus de lait est produit. Si vous ne voulez/pouvez pas utiliser un tire-lait à téterelles doubles, vous devriez changer de côté plusieurs fois pour pomper afin de mieux stimuler le réflexe d'éjection du lait.

Le pompage n'est pas toujours facile. Mais le pompage régulier pour une stimulation des seins est très important pour une production suffisante de lait. S'il vous est possible de pomper auprès du lit de votre bébé ou dans la proximité, vous aurez souvent plus de lait, de même si, en pompant, vous pouvez écouter de la musique de détente. Une condition pour gagner un lait aussi pauvre en germes que possible est une hygiène soigneuse des mains et un matériel de tirage/bouteilles stériles/désinfectés. On ne devrait pas utiliser de sachets parce qu'on ne peut pas transvaser le lait sans danger de contamination. Si possible, rincer le sein avant le pompage sous l'eau courante, utiliser chaque fois des compressions d'allaitement fraîches. Prendre une douche une fois par jour si possible. Après être arrivé à une production abondante de lait, il convient de vider les premières gouttes à la main et de les jeter pour des raisons d'hygiène. Si possible, le lait devait être donné à l'état cru, étant donné que la pasteurisation détruit la lipase du lait maternel et freine la digestion de la graisse, de sorte que le lait maternel n'a alors plus une valeur calorique aussi élevée.



Le contact corporel est important pour la mère et l'enfant.

Quoique le bébé ait besoin au début de beaucoup moins de lait, vous devriez obtenir pendant le premier temps une quantité suffisante de lait, parce que, plus tard, quand votre bébé aura rapidement besoin d'une quantité plus grande de lait, une augmentation ne s'obtient plus si facilement, si, pendant les premiers jours, sous l'influence de la prolactine, un « ajustement de base » suffisant n'a pas été atteint.

Si vous avez des bébés multiples, vous devez pomper après la naissance à haute fréquence aussi longtemps jusqu'à ce que vous ayez atteint à peu près 500-600 ml/jour par enfant.

C'est idéal s'il vous est possible de gagner jusqu'à la fin de la première semaine de vie de votre bébé à peu près de 500 – 600 ml de lait en 24 heures. A partir du 10ème jour après la naissance, le niveau de prolactine commence à s'abaisser lentement, et à partir de la sixième semaine après la naissance il n'est plus si facile d'augmenter la quantité de lait. Pour cette raison on recommande aujourd'hui, dès les premiers huit à dix jours, d'obtenir par un vidage fréquent des seins un niveau de lait maternel correspondant à la quantité dont un nouveau-né mature aurait besoin.

Le lait doit être aussitôt frigorifié dans un récipient fermé, étiqueté (nom, date, heure). Du lait qui n'est pas censé être donné à l'état frais sera congelé le plus tôt possible. On peut laisser le lait maternel pour prématurés dehors pour 4 heures à température ambiante, pour 72 heures dans le frigidaire EN ARRIÈRE et NON PAS dans la porte! Du lait maternel décongelé doit être utilisé dans les 24 heures.

Tirage, mise en dépôt et transport du lait maternel

- Se laisser montrer la technique du tirage du lait (à la main, à l'aide d'une pompe électrique) par le personnel
- Se laisser établir une prescription pour une pompe électrique intermittente à piston (à double pompage) par le médecin
- Demander des directives écrites sur le tirage et mise en dépôt/transport du lait maternel
- Il peut être frustrant de pomper pendant des semaines ou des mois – Ayez le courage ! Parlez en à d'autres mères dans une situation comparable (dans une association pour prématurés, groupe d'allaitement)

Une fois qu'une production de lait abondante est atteinte, on pourra essayer si vous y arriviez aussi en pompant moins. Ceci dépend de vos seins individuels. Essayez si vous pouvez obtenir la même quantité de lait si vous prolongez lentement les intervalles entre le pompage. Si, par exemple, vous avez pompé 100 ml tous les trois heures, vous pourrez pomper tous les quatre heures si vous êtes capable d'obtenir alors 130 ml. Vous devriez viser à aboutir à un taux de production de lait de 30 – 35 ml/heure. (Pour des jumeaux à peu près deux fois la quantité, trois fois pour les triplés etc.) Si la quantité obtenue par heure devient plus petite, les intervalles du pompage doivent devenir plus courts jusqu'à ce que cette quantité par heure soit de nouveau atteinte. Tandis qu'il est ainsi possible d'augmenter la quantité de lait d'une façon telle qu'elle soit suffisante même pour des jumeaux ou des triplés, il y a des différences d'une femme à l'autre quant à la fréquence du pompage nécessaire à cet effet.

Au début, tant que votre bébé n'a besoin que de quantités minimales, vous désirez peut-être congeler vos excédents. Ceci vous donnera également un sentiment de sûreté si, au cours du temps que votre bébé passe à l'hôpital, il y aura des abaissements passagers de votre quantité de lait. Dès que vous avez atteint une lactation abondante et que votre bébé n'a pas encore besoin de la quantité complète, vous voudrez peut-être pomper la première moitié de votre lait dans une bouteille et la deuxième moitié dans une autre. Les bouteilles sont à étiqueter conformément. La deuxième moitié de votre lait contient plus des matières grasses. C'est ainsi que votre bébé pourrait recevoir plusieurs fois par jour le lait terminal, plus riche en matières grasses, et prendra ainsi mieux du poids. Les acides gras poly-insaturés à chaîne longue, contenus dans la graisse favorisent la maturation du cerveau du bébé, sa faculté de voir et préviennent la survenue d'allergies.

Par une alimentation adéquate comportant deux fois par semaine du poisson gras et par ex. de l'huile de colza pour vos salades, vous prenez soin à ce que votre lait contiendra beaucoup de ces matières grasses particulières.

Une alimentation aussi équilibrée que possible présente aussi des avantages pour vous-même.

Il est vrai que la quantité de vitamines, de sels minéraux et d'oligo-éléments contenus dans le lait maternel n'est à peine influencée par l'alimentation. Vous faites donc également un bon lait, si vous vous nourrissez de beaucoup de «junkfood». Mais vous vous porterez vous-même mieux sur le plan physique et aussi émotionnel si vous vous nourrissez d'une manière plus saine.

Après la sortie de la clinique, votre vie quotidienne deviendra, pour une période passagère, plus chargée de travail parce que vous devez alors vous occuper de vous-même, pomper régulièrement et être près de votre bébé. Le bon soutien fourni par le partenaire, la famille ou des amis est alors indispensable.

Des médecins et des soigneuses qui s'occupent de vous pendant ce temps sont souvent d'avis que le pompage signifie pour vous encore du stress et des efforts supplémentaires.

D'une enquête scientifique nous savons : Les mères le voient autrement ; elles disent que la mise à disposition du lait maternel était souvent l'unique relation directe avec le bébé surtout si le bébé était malade ou très prématuré.

Des femmes qui sont arrivées à allaiter leur prématuré avec succès avaient l'impression que les 5 points suivants étaient particulièrement satisfaisants :

- La certitude d'offrir la nourriture la plus saine et la meilleure
- Renforcer le lien avec l'enfant
- Remarquer comment l'allaitement calme le bébé et le rend satisfait
- Confort pour elles-mêmes et leurs familles
- Avoir un droit fondé à leur bébé en accomplissant pour le bébé quelque chose que, à part d'elles, personne ne pourrait faire

Si possible, une prescription pour un bon tire-lait électrique à double pompage devrait être établie encore pendant votre séjour à l'hôpital. Les dispositifs à double pompage ont l'avantage qu'ils vous font gagner beaucoup du temps lors du pompage. Ils réduisent le temps de pompage à la moitié et ils procurent un niveau de prolactine plus élevé tellement important pour la lactation.

Vous, cher père, vous vous chargez alors de procurer le tire-lait déjà avant la sortie de votre femme, de sorte que tout soit préparé à la maison. Acceptez l'aide qu'on vous offre pour faire les courses, laver, repasser ; laissez-vous «faire la cuisine». Tout cela vous aide à mieux surmonter le temps difficile avec un bébé à l'hôpital avec lequel vous devriez passer beaucoup de temps et pratiquer les soins kangourou. Voilà quelque chose que vous soyez le seul à pouvoir faire pour votre bébé : Lui donner la sécurité chaleureuse, l'amour et la protection par le contact corporel (soins kangourou) et le lait maternel.

La mère devrait passer tant de temps que possible avec/chez son bébé. Elle fait alors entrer les germes de l'unité néonatale dans son corps. Le système lymphatique de la mère forme là-dessus des anticorps contre les agents pathogènes auxquels son bébé est également exposé à l'unité néonatale. Des immunoglobulines spécifiques (des albumines que le corps forme pour la défense contre des substances étrangères – anticorps) contre ces germes passent alors dans le lait maternel et protègent ainsi le bébé contre les germes auxquels il est exposé à la clinique.

Si votre quantité de lait descend (souvent, s'il y a des problèmes avec votre bébé prématuré ou à la maison) il faut exclure les facteurs suivants préjudiciables à la quantité de lait :

- Trop rarement pompé
- Sein pas suffisamment vidé /pas assez longtemps pompé / réflexe d'éjection du lait pas déclenché
- Epuisement, peur, stress (par ex. si le bébé va plus mal)
- Médicaments comme des antihistaminiques, bromocriptine, oestrogènes
- Maladie grave de la mère
- Activité accrue à la maison

Les mesures suivantes sont utiles pour augmenter la quantité de lait :

- 10 – 15 minutes de repos avant de pomper
- Massage circulaire du sein avant de pomper, et massage du dos de la mère avant ou pendant le pompage, surtout entre les omoplates
- Prendre une boisson chaude
- Pomper plus souvent

- Pomper encore 2 minutes après la cessation du flux du lait
- Regarder une photo du bébé
- Sentir le parfum d'un vêtement porté/d'une couverture du bébé
- Pomper près du bébé ou après avoir pratiqué les soins kangourou
- Pomper dans une ambiance calme, de détente à lumière adoucie
- Ecouter de la musique de détente
- Penser à l'eau courante, une chute d'eau, des ondes de la mer et les visualiser
- Nourriture équilibrée et des boissons suffisants
- Fumer entrave la lactation, mieux vaut arrêter tout à fait ; si cela ne fonctionne pas, réduire ou passer à une cigarette contenant moins de nicotine

Tout ce qui favorise le réflexe d'éjection du lait est utile. Sans REL seulement 4% du lait existant peut être gagné. Dans des situations de crise ou pourra utiliser brièvement un atomiseur au syntocinon.



Le soutien, la chaleur et le battement de cœur de la mère confèrent de la sécurité

S'il ne vous était pas possible de bien stimuler la lactation aussitôt après la délivrance, si peu à peu la quantité de lait se réduit en raison d'un manque d'information/d'assistance ou si d'abord vous n'aviez pas l'intention d'allaiter, on peut pousser la formation de lait par voie médicale (métoclopramide, dompéridone), si elle ne peut pas être suffisamment stimulée par un vidage fréquent des seins. Les médicaments sont à prescription et ne peuvent aboutir à une augmentation de la quantité de lait qu'en relation avec un vidage suffisant, fréquent des seins.

Si vous passez beaucoup de temps avec votre bébé, vous apprendrez vite à le connaître et, en suivant les instructions du personnel, vous pourrez ainsi assumer du moins partiellement les soins à lui apporter selon son rythme particulier.

Vous devriez vous «concerter» régulièrement et aussi souvent que nécessaire avec l'équipe soignante pour trouver pour vous et votre bébé une forme commune de communication et de soin adaptés à l'état de l'enfant et à vos possibilités. Il importe que vous parliez également de vos sentiments et de vos pensées. C'est seulement avec des mères qui s'articulent qu'il est possible de trouver une base mutuelle.

Les soins kangourou sont le premier pas en direction d'un allaitement réussi du prématuré. Organisez votre vie quotidienne autour du fait que votre enfant le plus petit a maintenant le plus besoin de vous. Donner des «soins kangourou» ne fait de sens que si vous apportez au moins le temps d'une heure (organiser de l'aide à la maison!). Plus de temps vaut mieux. Mère/parents peuvent rester en position kangourou tant qu'il leur plaît et tant que le bébé est stable. Le bébé peut recevoir des soins kangourou même s'il est encore au respirateur. Le contact de peau (peau nue mère contre peau nue bébé) est très important dans ce contexte. Vous devriez enlever le soutien-gorge, parce que dans la région du mamelon/de l'aréole particulièrement beaucoup de matières odoriférantes spécifiques de la mère sont libérées que le bébé connaît déjà du temps passé à l'utérus et qui lui confèrent un meilleur sentiment d'abri. Un prématuré en contact de peau présente une respiration, activité cardiaque et contrôle de la température du corps plus stables et une meilleure saturation en oxygène périphérique qu'un prématuré sans contact avec la peau. Les bébés kangourou prennent mieux du poids, dorment plus et pleurent moins/ont moins de stress. Donner des soins kangourou aide votre bébé et vous de surmonter la séparation survenue trop tôt et d'entrer dans une relation affectueuse mutuelle. Les soins vous aident à mieux atteindre la formation de lait. Un massage caressant du bébé (du bout des doigts toujours dans la direction de la pousse des cheveux) de la tête aux pieds, de la colonne vertébrale jusqu'au bout des doigts favorise la croissance et la maturation du prématuré et a un effet de détente pour tous les participants.

Il sera agréable pour vous si vous ne devez pas pratiquer la méthode kangourou toute dénudée avec votre bébé. Vous pouvez porter un chemisier ou un gilet boutonné à l'avant et le refermer partiellement au-dessus de votre bébé pour vous protéger de regards curieux. Si vous le mettez dans la ceinture de votre jupe ou pantalon, cela vous conféra encore la sûreté que le bébé ne pourra pas vous glisser même si vous vous endormez au cours de la séance kangourou.

En dépendance de la maturité, les très grands prématurés sont souvent nourris au début à la sonde. Pendant ce gavage ils devraient toujours avoir la possibilité de sucer quelque chose. Ceci peut être le petit doigt du père ou bien un autre objet de succion. Si vous, chère mère, êtes

présent, le gavage devrait se faire au sein. C'est ainsi que votre prématuré apprendra d'établir une relation entre l'activité de la bouche et rassasiement – un succès d'apprentissage important pour toute la vie. Même si votre bébé n'a pas encore le droit d'être nourri par la bouche, on peut déjà faire de l'hygiène de la bouche par le lait maternel. Ceci favorise la maturation du système immunitaire de votre prématuré et aide à y établir des germes utiles ainsi qu'à encourager les fonctions digestives et le péristaltisme de l'intestin.

Votre bébé a aussi le droit d'être mis au sein pour «s'exercer». Si vous avez beaucoup de lait, vous pouvez pomper avant la mise au sein, pour ne pas surmener votre bébé par un flot fort de lait.

Il y a des signes indiquant qu'un prématuré est prêt pour l'allaitement. Entre-temps il y a des études et des observations démontrant que l'allaitement est plus physiologique et plus simple que l'alimentation au biberon. L'action cardiaque, la respiration, la saturation en oxygène périphérique et la température du corps du prématuré allaité au sein sont plus stables qu'au biberon. Des apnées et des bradycardies (fréquence cardiaque ralentie) sont plus rares. L'allaitement du prématuré est possible avant qu'il puisse boire au biberon.

A l'âge de la 28 – 30 SA, beaucoup de bébés sont en mesure de coordonner la respiration, la succion et la déglutition et peuvent être mis au sein pour «l'entraînement». La faculté de téter varie d'un bébé à l'autre. Mais il y a quelques signes indicateurs :

- A peu près à l'âge de maturation de la 30 SA
- Activité main à bouche
- Peut respirer tout seul
- Suce la sonde ou un autre objet de succion
- Réflexe de recherche existant, disposition pour la mise au sein
- Tolère le gavage par bolus
- Peut maintenir la température en dehors de l'incubateur en contact avec le corps de la mère
- Semble avoir besoin de plus de satisfaction procurée par la succion
- Avale sa salive

Si votre bébé montre deux ou plusieurs de ces signes, il est prêt à faire sa première expérience de tétée. Les premières tentatives de tétée sont le plus souvent lécher, cajoler, se familiariser avec le sein. Vous ne devriez pas vous attendre à ce que le votre bébé reçoive à votre sein une quantité mesurable de lait. Mais il est très important qu'il soit familier avec l'activité nécessaire de la bouche au sein et qu'il peut être

allaité avant de commencer avec l'alimentation au biberon que demande une autre activité motrice de la bouche. Vous ne devriez pas prendre une douche ou rincer votre sein peu de temps avant d'allaiter.

Les phéromones situées dans la région du mamelon et de l'aréole suscitent chez le bébé de l'intérêt pour le sein. Les signes indicateurs de ce que votre bébé est prêt à être allaité sont :

- Attention vive
- Activité orale : lécher, faire du bruit avec les lèvres, avancer la langue
- Activité de main à bouche, tentative de sucer les doigts
- Mouvements du corps

Si le bébé s'est déjà mis à crier, c'est trop tard. Des bébés criants ne peuvent pas bien saisir le sein. Pour commencer d'allaiter, il vous faut un coin calme, confortable pour vous-même et votre bébé. L'instruction et l'aide du personnel pour la bonne position du bébé pour téter et pour bien saisir le sein sont nécessaires dès que le bébé montre des signes indiquant qu'il est prêt à téter. La patience est une condition préalable pour tous les participants. Les techniques d'allaitement pour prématurés ne diffèrent pas essentiellement des celles des enfants matures. Les bébés doivent être bien positionnés et tenus en position stable (l'oreille, l'épaule et la hanche devraient être alignées, la bouche se trouvant à la hauteur du mamelon) ; c'est le positionnement au dos ou au prématuré qui se recommande. Les bras et les jambes du bébé doivent être « ramassés » et ne pas pendre en-bas. Le thénar de votre main devrait être placé en haut entre les omoplates et soutenir la tête avec les doigts. Il ne faut pas tenir les bébés par la partie arrière de la tête ; beaucoup d'entre eux se cabrent et ne peuvent ainsi plus être allaités. Des bébés présentant des troubles de déglutition boivent possiblement mieux bien soutenu en position debout à califourchon sur les genoux.

Vous pouvez extraire un peu de lait à la main et assister au REL afin que le lait coule mieux. Si le bébé ne va pas au sein en 5 minutes, ne plus entreprendre d'autres tentatives, passer à donner des soins kangourou, le nourrir autrement. Dès que le bébé deviendra attentif après un certain temps, tenter de nouveau d'aider le bébé à être mis au sein.

Par le temps, le prématuré apprendra à se faire allaiter avec plus d'efficacité, et alors on pourra le peser avant et après l'allaitement pour déterminer la quantité qu'il faut encore administrer par la sonde.

Vous devriez allaiter à chaque visite, si possible, plusieurs tétées en suite. L'alimentation complémentaire par l'allaitement du bébé au sein s'est avérée être la meilleure possibilité d'obtenir un développement satisfaisant du poids et un allaitement réussi.

Vous reconnaîtrez une bonne tétée aux traits lents, profonds, suivis de déglutition pendant plusieurs minutes. Si votre bébé fait une pause de plus de 15 secondes, stimuler le flux du lait par une compression du sein, afin de rendre le bébé attentif de nouveau, le cas échéant, masser le bébé également, lui parler, le mettre à l'autre sein ; tout ce qui aide à motiver votre bébé à téter activement.

Préparations avant la sortie et le retour à la maison

Il faut que soyez familiarisé avec les soins à donner à votre bébé jour et nuit. Vous devriez pouvoir passer au moins les derniers jours avant la sortie dans un rooming-in de 24 heures avec votre bébé. Vous savez que vous devez allaiter votre bébé tous les 2 – 3 heures jour et nuit. L'allaitement sur demande est possible. Au cas où votre bébé ne se ferait pas remarquer assez souvent, il doit être réveillé. Vous devriez bien connaître au moins une autre méthode de le nourrir au cas où votre bébé ne se laisserait pas réveiller.

Vous devriez continuer à donner beaucoup de soins kangourou à votre bébé.

Quelques-unes des tétées se passeront bien, d'autres seront plutôt pénibles. La compression du sein aide votre bébé à prendre plus de lait. S'il ne boit pas bien pendant les premières 15 – 20 minutes, il faudra lui donner de la nourriture complémentaire, le mieux au sein. Si votre enfant n'est pas encore complètement allaité lors de la sortie, la prescription pour la pompe doit être prolongée. A tout moment, vous devriez avoir la possibilité de revenir à l'unité ou à téléphoner s'il y a des problèmes avec le bébé. Une bonne surveillance post-hospitalière à la maison (conseillère en lactation) devrait être assurée. Fixer un rendez-vous pour une nouvelle consultation.

A la maison

Organiser de l'aide pour le ménage (si possible en permanence 24h/24), parce que pendant le premier temps vous ne serez pas capable que de vous occuper de vous-même et de votre bébé (mise au sein fréquente le jour et la nuit, beaucoup de contact de peau et le porter). Une écharpe ou un sac porte-bébé et une chaise confortable à bascule peuvent être utiles. Des bébés qui ont beaucoup de contact de peau et sont souvent portés ou basculés se développent mieux.

Le bébé devrait avoir des couches mouillées 6 – 8 fois par jour et des selles 3 – 4 fois par jour.

Des prématurés tolèrent très bien l'alimentation au doigt, au gobelet et complémentaire au sein. Des bébés qui reçoivent de cette manière d'aliments complémentaires ont une plus grande chance d'être encore allaités 3 mois après la sortie de l'hôpital que des bébés nourris complémentirement au biberon.

Une surveillance étroite par la conseillère en lactation, la sage-femme et le pédiatre sont de rigueur.

Voilà que vous êtes sur le chemin de l'aventure de la vie avec votre bébé. Indépendamment de la quantité de ce que vous savez, il est normal qu'une série de questions se pose si vous commencez d'allaiter votre bébé. Ce guide est destiné à vous fournir rapidement des informations. Il voudrait vous aider à donner des réponses aux questions, informer sur les bases de l'allaitement, éviter qu'il y ait des difficultés d'allaitement et vous proposer ce que vous pouvez faire si, après tout, des difficultés se produisent. Ne vous gênez pas de poser des questions au personnel de la clinique pour enfants ou les conseillères en lactation dans le voisinage si quelque chose vous n'est pas encore clair.

Très cordialement avec mes meilleurs vœux pour l'avenir de votre bébé !

Informations

www.stillen.de (allaiter)

www.neonatalbegleitung.de (accompagnement néonatal)

info@stillen.de (allaiter)

Littérature pour parents

„Geborgenheit, Liebe und Muttermilch“ F. Egli/K. Frischknecht, (Sécurité, Amour et Lait Maternel)

2002, Edition propre, à obtenir par le centre de formation

« Lactation et allaitement » (Laktation und Stillen)

Kantor-Rose-Str. 9, D-31868 Ottenstein

„Stillen von Frühgeborenen“ G. Gotsch,

(« L'Allaitement de prématurés »)

La Leche Liga Deutschland, 2001

(La Leche League Allemagne, 2001)

Aides Pratiques après un Accouchement Prématuro

Dipl.- Soz.päd. Carola Weber

Un accouchement prématuré est en toute règle une situation inattendue survenue subitement à laquelle vous ne pouviez pas vous préparer de manière suffisante. Afin de vous permettre de vous retrouver mieux dans le jeu journalier de sentiments contradictoires où se mêlent la joie, l'espoir, les soucis, la sollicitude et des obligations bureaucratiques, je voudrais vous donner par la suite quelques indications qui vous faciliteront le séjour à l'unité hospitalière.

Arrivée à l'Unité

Beaucoup d'unités ont préparé entre-temps des brochures pour parents où toutes les informations importantes concernant la routine journalière, les personnes à contacter et les numéros de téléphone de l'unité, des chambres de pompage et pour parents, des logis pour parents, les possibilités de visite pour les frères et sœurs et la famille proche, la garde d'enfants ainsi que des indications quant aux possibilités de restauration et de parking sont indiquées.

En tant que parents, vous avez des possibilités et des droits :

- Vous pouvez téléphoner à tout moment à l'unité et vous informer de l'état de votre enfant.
- Vous avez le droit d'être informé de l'état de santé de votre enfant et les mesures thérapeutiques.
- Vous pouvez en tout temps dire que vous souhaitez un entretien avec le médecin responsable. Un rendez-vous sera en règle générale fixé dans un bref délai. Dans quelques unités, les médecins en chef ont des heures spéciales réservées à cet effet.
- Demandez des renseignements si vous n'avez pas bien compris des formules ou des rapports médicaux. Les infirmières ou médecins vous expliquent volontiers la situation en termes compréhensibles !
- La visite est souhaitée mais, s'il vous plaît, pas trop de personnes à la fois étant donné que c'est trop fatiguant pour votre enfant et les autres enfants à l'unité.
- A beaucoup d'unités, les frères et sœurs ont le droit de rendre visite au nouveau membre de la famille, le cas échéant après un examen médical.
- Le cas échéant, il y a même la possibilité de passer la nuit dans une chambre pour parents ou dans des logis spéciaux pour parents de la clinique.

Pour établir un lien à votre enfant vous pouvez faire plusieurs choses :

- Visitez votre enfant autant qu'il vous est possible. Maman et papa sont irremplaçables et sont aussi importants que la meilleure médecine !
- Parlez ou chantez à votre enfant pour lui faire entendre votre voix familière.
- Etablissez pour vous un rituel d'arrivée et d'adieux pour donner de la sûreté à vous et à votre enfant.
- Des gestes touchant une grande surface (main autour de la tête, main à plat sur le dos/ventre, main posée au plat des pieds), des soins kangourou et cajoler sont des moments particuliers pour vous et votre enfant.
- En dépendance de la santé et l'état actuel, les infirmières de l'unité vont vous instruire aussi vite que possible des soins et des séances kangourou pour votre enfant et feront vous y participer.
- Votre enfant se réjouit de ses propres étoffes câlines et peluches. Délibérez avec les infirmières à partir de quel moment il est possible d'apporter des vêtements à vous.
- Des photos des frères et sœurs, des symboles religieux ou des choses similaires peuvent être fixés à l'incubateur/petit lit de l'enfant après consultation des infirmières.
- Il est possible de filmer et de photographier s'il en a été convenu au préalable avec les infirmières.
- Ne vous informez que dans la mesure où cela vous fait du bien! Pas tous les renseignements que vous trouvez à l'Internet ou dans des livres sont utiles !
- Surtout : Prenez soin de vous-mêmes ! Faites votre plein de forces de temps en temps, car votre force et calme se transmettront à votre enfant et l'aideront à son développement !

Que faut-il régler bientôt ?

Demander l'acte de naissance

Quelques cliniques se chargent de la déclaration du nouveau-né auprès du bureau de l'état civil et organisent l'envoi des actes de naissance. Dans d'autres cliniques, ce sont les parents qui doivent s'en occuper. La déclaration du nouveau-né doit se faire dans une semaine.

Vous recevrez des certificats gratuits de naissance pour la demande d'allocation pour enfants et parents, pour la déclaration auprès de la caisse d'assurance maladie ainsi qu'à des fins religieux. Votre clinique vous nommera les données de contact du bureau de l'état civil compétent.



L'infirmière prête son assistance pour l'allaitement

Déclaration de l'enfant auprès de la caisse d'assurance maladie

En règle général un coup de téléphone de la mère ou du père à la caisse d'assurance maladie suffit. La demande d'assurance familiale vous sera alors envoyée à la maison. Au cas où vous voulez conclure une assurance maladie (supplémentaire) privée, vous devriez vous décider rapidement car le délai pendant lequel il n'y a pas un examen de l'état de santé ne dure que peu de semaines.

Information de l'employeur de la mère

Pour le moment une information par téléphone suffira.

Bénéficiaires d'allocations chômage I et II

Vous êtes obligés de faire part de la naissance de votre enfant à l'agence compétente de travail. C'est là que vous pouvez déposer, le cas échéant, une demande de financement d'un trousseau de bébé.

Pompe tire-lait intermittent

Vous obtenez des tire-laits dans chaque pharmacie. Si vous présentez une prescription du gynécologue, pédiatre ou votre médecin généraliste, la caisse d'assurance maladie assumera les frais.

Couples non mariés/Parents seuls

Le règlement du droit de garde et de la reconnaissance de paternité se font auprès du service de la jeunesse. Les parents seuls ont en outre la possibilité de demander une «curatelle».

Qu'a encore un peu de temps ?

Prestations de maternité

Vous obtenez la demande de prestations de maternité chez votre caisse d'assurance maladie.

Demande d'allocations pour enfants

Vous pouvez obtenir la demande auprès de l'hôtel de ville/la mairie/l'office de district ; elle ne peut être déposée qu'après l'obtention de l'acte de naissance. Vous pouvez également charger la demande sous l'adresse Internet respectivement le chemin d'accès suivants : <http://www.arbeitsagentur.de> - Formulare – Formular für Bürgerinnen & Bürger – Kindergeld (agence de travail – formulaires – formulaire pour citoyennes & citoyens – allocations pour enfants)

Demande d'allocations pour parents

Vous obtenez la demande d'allocations pour parents également à l'hôtel de ville/la mairie/l'office de district. Chaque état fédéral (Land) à son propre office d'allocation pour parents, que vous trouvez dans l'internet.

Offres d'aides possibles

Pendant le séjour stationnaire :

- Assistance morale
- Psychologue
- Pédagogue social/travailleur social
- Consultation parents
- Aide ménagère pour s'occuper du ménage et des frères et sœurs ; à cet effet un certificat médical est nécessaire

Après la sortie :

- Sage-femme
- Suivi sur le plan de médecine sociale
- Centre de pédagogie sociale
- Promotion précoce
- Centres consultatifs pour parents
- Assistants familiaux

Littérature, Associations et Groupes d'entraide

Vous trouvez des informations auprès de
 Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V.
 (Association fédérale „L'Enfant Prématuré“)
 Speyerer Straße 5-7
 60327 Frankfurt am Main
 Infoline (01805) 87 58 77 (0,14 Euro/Min.)
 Mardi et Jeudi 9:00- 12:00 heures
 Fax (069) 58700999
 E-Mail info@fruehgeborene.de (prématurés)
 Internet www.fruehgeborene.de

Famille et Amis

Les parents, amis et voisins peuvent constituer une aide précieuse. Souvent ils assistent à la famille en s'occupant d'activités ménagères comme laver, nettoyer, faire les courses ou surveiller les frères et sœurs. Ne vous gênez pas d'accepter cette aide.

Mais souvent la famille et les amis sont aussi surmenés par la situation «accouchement prématuré» et ne savent pas comment se comporter à votre égard. Le cas échéant ayez recours à un «messenger» qui informe régulièrement votre environnement personnel. Le plus souvent la famille et les amis sont allégés si vous, en tant que parents, précisez de quelle forme d'appui vous avez concrètement besoin et ce qui vous ferait du bien !

Pour vous et votre famille nos meilleurs vœux pour la tâche qui vous attend et bon courage !

Développement des Relations et Liens entre Parents et leurs Enfants nés trop tôt

Dipl.-Psych. Susanne Hommel, hôpital pour enfants Altona, Hambourg

Pour tous les parents la naissance de leur enfant survenue trop tôt est un événement très déconcertant sur le plan émotionnel. La séparation initiale de leur enfant est pénible pour tous les parents. Le plus souvent les mères sortent de l'hôpital peu de jours après l'accouchement et doivent y laisser leur enfant. C'est une situation paraissant presque insupportable après la naissance d'un enfant. Beaucoup de cliniques ont aboli les temps fixes de visite pour permettre aux parents de satisfaire leur besoin d'être proche de leur enfant sans être limités. Ils font participer les parents aux soins à donner à leur enfant, dès que l'état de santé de l'enfant le permet. A côté du souci du bien-être de votre enfant, vous vous posez certainement la question de savoir comment, dans ces circonstances, il vous sera possible d'entrer en contact et de développer une relation avec votre fille ou fils. En tant que ses parents, vous êtes les figures d'attachement les plus importantes pour votre enfant. Et même si votre enfant est venu au monde trop tôt et doit recevoir des soins de médecine intensive, il y a beaucoup de voies par lesquelles vous êtes déjà en mesure de prendre contact avec votre enfant, de le soigner et vous occuper de lui.

Etre là pour votre enfant

Etre là pour votre enfant, c'est le mieux que vous pouvez lui donner pour favoriser son développement. Ne vous-laissez pas décourager si le plus souvent vous trouvez votre enfant endormi. Les très grands prématurés en particulier ont un besoin extrême de sommeil, puisqu'ils croissent et se développent en dormant. Au début, ils ne sont pas en mesure d'être éveillés et attentifs que pour peu de temps. De plus, les phases de sommeil et d'éveil des prématurés ne sont à peine prédictibles. Mais en raison des soins, dictés, le plus souvent, par le service soignant, il vous sera possible, en tant que parents, de trouver un rythme que vous pouvez suivre pour être là pour votre enfant.

Le lait maternel est précieux pour le développement

Le lait maternel est bien plus que simplement l'aliment le mieux possible pour votre enfant. L'approvisionnement journalier de votre

enfant avec du lait maternel vous paraîtra peut-être d'être un apport plutôt insignifiant à la vue d'un enfant d'apparence si petite, nécessitant tant de protection et de soins, mais il constitue une contribution très décisive à son développement sain.

La plupart des unités néonatales de soins intensifs ont des conseillères en allaitement et lactation ayant une formation spécialisée qui sont volontiers prêtes à répondre à vos questions relatives au pompage du lait maternel, aux tentatives d'allaitement et à l'allaitement ultérieur.

Nourrir signifie plus qu'alimentation

Nourrir votre enfant prendra, en raison de la fréquence des tétées, une grande partie du temps au cours de la journée. Nourrir, cela signifie aussi être proche, du contact, des soins et enferme différentes expériences sensorielles comme le goût, l'odeur et le toucher. Dans quelle mesure on pourra vous intégrer dans l'acte de nourrir votre enfant, c'est un point qui dépend de son état de santé et de la sorte de sa nourriture – parlez-en à l'équipe soignante.

Votre voix familière calme votre enfant

Les très grands prématurés en particulier sont souvent obligés de passer beaucoup de semaines dans les environs protecteurs de l'incubateur jusqu'au moment où ils sont assez stables pour être mis à votre poitrine (soins dits kangourou; mot déduit du terme anglais « kangarooing »). Chez les enfants prématurés, les voix de la mère et du père sont déjà familières du temps passé dans le ventre maternel. Le son de votre voix procure à votre enfant un sentiment de sécurité, de bien-être et a un effet calmant. Vous devriez donc parler à votre enfant, lui lire ou aussi bien chanter quelque chose si vous êtes auprès de lui. Vous pouvez également apporter une cassette où vous avez enregistré des paroles ou des chansons, qu'on pourrait alors jouer à votre enfant si vous n'êtes pas là.

Toucher, c'est important pour la relation

Toucher et le contact corporel sont importants pour les relations entre les parents et l'enfant, même si, au début, les prématurés paraissent d'être très délicats et fragiles. Beaucoup de parents craignent qu'ils puissent, par leur propre maladresse, surmener leur enfant ou même lui nuire. Vous, comme parents, vous devriez vous fier à votre sentiment et déterminer vous-mêmes le moment ainsi que l'intensité des gestes pour le toucher. Vous avez le droit d'apprendre lentement à



Toucher est favorable à l'établissement d'une relation entre la mère et l'enfant.

connaître votre bébé. Si vous voulez vous laisser plus de temps pour le faire que ne le font peut-être d'autres parents, c'est tout à fait d'accord. Des enfants nés trop tôt sont, par opposition aux enfants nés à terme, facilement irritables. Ils ne sont pas encore en mesure de classer des gestes et des mouvements caressants touchant rapidement différentes parties du corps. Pour cette raison, vous devriez toucher votre enfant d'une manière très calme, lente et avec la paume entière. Surtout les gestes soutenant la petite tête ou les pieds semblent procurer aux petits un sentiment agréable de bien-être dont ils jouissent visiblement. Vous devriez éviter de taper contre l'incubateur étant donné que les bruits de dehors se renforcent à l'intérieur de l'incubateur et sont enregistrés par les enfants comme étant désagréablement forts.

Ne vous laissez pas non plus troubler si votre enfant devait être très inquiet lors du premier contact avec vous. La situation est, après tout, nouvelle et excitante des deux côtés. Plus vous avez du contact l'un avec l'autre, plus vous apprendrez mieux à vous connaître et comprendre. Du côté de l'unité hospitalière, une équipe expérimentée vous prêtera son appui en vous accompagnant pendant la première phase d'approche et en vous fournissant des explications et des conseils.

Soins kangourou – intimité pour les parents et l'enfant

Les soins dits kangourou représentent pour la plupart des parents, après une incertitude initiale, une belle et intensive expérience d'être

en contact proche et intime avec leur enfant. Un calme long, un sommeil profond, une fréquence cardiaque souvent plus calme et des valeurs meilleures d'oxygène dans le sang sont les indices d'un contact prometteur. Pratiquer les soins kangourou de manière régulière représente pour votre enfant un soutien décisif pour son développement futur sur le plan corporel et intellectuel. Pour le maniement de votre enfant lors des séances kangourou, vous pouvez vous laisser instruire aussi bien par les membres du personnel soignant que par les physiothérapeutes.

Apprendre à comprendre les signaux émis par l'enfant

Plus vous avez déjà passé du temps avec votre enfant, plus il vous sera facile de comprendre ses signaux et de vous adapter aux besoins de votre enfant. Au début, votre bébé communique avec vous surtout par son comportement, mais les signaux qu'il émet sont, surtout au début, encore très peu clairs. Plus vous l'observez, plus vous saurez de manière sûre comment il va et ce qui lui faut à un moment donné. Vous allez voir dans quelle position il aime s'étendre et dormir, sentir comment il veut être tenu et nourri. Vous allez savoir de quelle manière il se comporte lorsqu'il est éveillé et attentif et prêt à l'interaction avec vous. Et vous allez apprendre les choses qui énervent ou surmènent votre enfant, comment vous pouvez l'apaiser et quand il a besoin d'une pause. En outre vous allez savoir quand il ne va pas si bien et comment vous pouvez alors l'aider. Cette expérience croissante se manifesterà dans un sentiment plus sûr d'être la mère ou bien le père de votre enfant.

Parfois penser à soi-même et prendre au sérieux les propres besoins

Certainement il ne vous sera parfois pas possible d'être aussi souvent et longtemps avec votre enfant que vous le voudriez peut-être. Aux unités sans limitation du temps de visite en particulier, les parents ont souvent le sentiment devoir y rester 24h/24h pour être de bons parents. Mais il est également important de prendre au sérieux les propres besoins de repos et de récréation. Des pauses à la maison ou bien des jours où vous ne vous rendez pas à la clinique sont nécessaires, précisément au cours de beaucoup de semaines ou de mois pour ne pas être complètement épuisé au moment où votre enfant sortira de la clinique. Cette première phase qui suit l'accouchement survenu trop tôt n'est, après tout, pas seulement très fatigante pour votre enfant mais également pour vous.

Etant donné que la relation et le lien naissant entre les parents et l'enfant se développe au cours du temps, vous ne devez pas craindre que cette séparation au commencement aura à la longue une influence

négative sur votre relation. Ce qui importe, c'est moins la longueur du temps passé auprès de votre enfant, mais la manière dont ce temps a été utilisé. Des expériences ont montré qu'un temps passé ensemble de manière régulière mais plus court, mesuré par heures, vécu dans une ambiance de détente et de repos, est le plus profitable aussi bien pour les parents que pour l'enfant.

Parler des craintes et des soucis

La plupart des parents trouvent qu'il sera déplacé de dire quelque chose au sujet de l'état où ils se trouvent eux-mêmes et s'efforcent surtout d'être là pour leur enfant et de fonctionner dans la vie quotidienne. Des doutes quant à leur importance en tant que parents pour leur bébé, des sentiments d'étrangeté envers l'enfant sont fréquents. De plus, de nombreux parents se demandent s'il se peut qu'ils aient contribué en quelque sorte à la naissance trop tôt et ont des soucis quant à la santé et le développement futur de leur enfant. Des sentiments et pensées pareils donnent du mal à bien d'entre eux, et vous, en tant que parents, ne devriez pas vous gêner d'accepter l'offre d'en parler. A cet égard, les offres diffèrent largement selon la clinique respective. Mais les membres de l'équipe travaillant à l'unité de soins intensifs pourront certainement vous mettre en contact avec l'interlocuteur convenable.

A côté de spécialistes ayant une formation particulière pour accompagner les parents, il y a dans beaucoup de clinique des groupes d'entraide organisés qui vous prêtent volontiers leur appui. Ce qui importe, c'est



Il faut faire participer les parents aux soins déjà tôt

que vous prenez soin lors de ces entretiens d'évaluer si vous pouvez profiter des expériences des autres parents de prématurés au moment actuel ou bien si vous les éprouvez plutôt comme étant accablantes. Si cette dernière impression s'imposait, il est peut-être encore trop tôt pour un pareil échange d'expériences.

Si des soucis, craintes, changements d'humeur persistent trop longtemps et si un entretien la-dessus n'est pas soulageant, vous devriez avoir recours à l'assistance professionnelle psychologique ou médicale/psychothérapeutique. Cette possibilité n'existe jusqu'à présent qu'à peu de cliniques comme service régulier, mais il devrait être possible à l'unité hospitalière d'organiser la consultation d'un spécialiste.

Accepter l'aide dans la vie quotidienne

Seulement peu personnes dans votre entourage seront en mesure de comprendre ce que vous éprouvez en ce moment. Il leur sera donc aussi difficile de savoir d'eux-mêmes comment vous prêter une assistance adéquate. Vous ne devriez donc pas vous gêner de demander de l'aide pratique aux amis et aux membres de la famille dans la mesure où il s'agit de régler des choses de la vie quotidienne, le ménage ou la surveillance des frères et sœurs. Chaque décharge dans ce domaine signifie aussi un peu plus de temps pour le nouveau membre de votre famille.

Le développement d'un lien sûr entre vous et votre enfant ne dépend naturellement pas exclusivement du développement de la relation pendant les premières semaines ou mois du traitement intensif médical. Néanmoins vous devriez vous rendre compte que toute forme de contact positif pendant cette période sera la base de votre future vie commune. Et une relation sûre est un facteur protecteur décisif pour toute la suite de la vie. Dans ce sens nous vous souhaitons beaucoup de courage, de patience et de confiance pour les semaines et mois à venir et un temps heureux avec votre enfant !

Contact

Dipl.-Psych. Susanne Hommel
 Kinder- und Jugendpsychosomatik
 (psychosomatique de l'enfant et l'adolescent)
 Altonaer Kinderkrankenhaus (hôpital pour enfants Altona)
 Bleickenallee 38
 22763 Hamburg
 Tél. (040) 8 89 08-284
 E-Mail: susanne.hommel@kinderkrankenhaus.net

Aides pour les Frères et Sœurs

Dr Frank Pastorek,

Association «Aide pour les enfants atteints de cancer»

Les changements sont une partie constitutive de la vie humaine. C'est une expérience que font même les enfants dès l'âge le plus bas, et elle influence leurs sentiments, sensations et pensées. Des situations difficiles de la vie sont ressenties par les enfants avec une intensité accrue. C'est dans ce contexte qu'il faut voir la situation de familles qui sont obligées de s'arranger trop tôt avec l'arrivée du bébé et de faire face tout d'un coup à des problèmes non prévus survenus par un enfant né trop tôt.

Après un accouchement prématuré toute l'attention se dirige d'abord vers le bébé arrivé trop tôt. La nécessité de ne pas perdre de vue les autres enfants sains de la famille, surtout pendant cette période, résulte de la situation particulière de ces enfants.

Même dans des conditions « normales », l'agrandissement de la famille par un enfant supplémentaire signifie une certaine « concurrence ». Si les parents portent alors leur attention et leur affection particulières, pour des raisons compréhensibles, sur l'enfant prématuré, les autres enfants peuvent éventuellement avoir le sentiment d'être relégués au bord de la famille. Le nouveau-né est alors considéré comme étant le déclencheur du changement à l'intérieur de la famille et est « rendu responsable » de ce que, en apparence, le frère/la sœur doit essayer une perte considérable de l'amour et de l'attention des ses parents.

L'âge qu'ont les autres enfants joue un rôle déterminant pour leur manière d'éprouver et de traiter cette situation. Jusqu'à l'âge des six ans environ, l'enfant est surtout influencé par les soucis et les craintes de ses parents. Pour cette raison, il est important que vous fassiez participer les frères et sœurs à l'évènement et que vous essayez de leur expliquer la situation. La confiance qu'ont les parents pour le développement du bébé venu trop tôt au monde aura un effet apaisant et encourageant sur le frère/la sœur.

Les années suivantes jusqu'au début de la puberté sont marquées par une compréhension plus grande, et un monde d'idées propres anime la fantaisie des enfants. Pendant ces ans également, il s'agit d'essayer d'éviter ou d'alléguer des craintes par des tentatives

prudentes d'explication. L'attention particulière que portent les parents à l'enfant né trop tôt ne doit pas être évaluée comme étant une «privation de l'amour». Il est avantageux de faire participer les enfants à l'échange d'informations au sein de la famille et de maintenir une offre constante de dialogue avec la mère ou le père. Des rituels aident et constituent un échafaudage solide qui porte et soutient. Faites un plan, si possible, avec une date fixe au cours de la journée, prévue pour poser des questions et donner des réponses. Au cas où les autres enfants seraient donnés à la garde de grands-parents, des amis ou d'autres personnes proches de la famille, il convient de porter une attention toute particulière au maintien d'habitudes familiales et de contacts (par téléphone) réguliers pour prévenir un sentiment d'être laissé seul. A cet âge, un comportement singulier ou des déficits de performance à l'école pourraient être des indices de difficultés émotionnelles. Dans ce cas également, l'attention et l'intégration aux événements s'avèrent utiles.

S'il est possible d'intégrer les autres enfants dans le rythme passagèrement changé de la famille, toute la famille pourra puiser de la force de cette situation et sortira renforcée de cette période.



Il faut que les frères et sœurs apprennent également à s'habituer à la situation nouvelle

Soutien par la Voix Maternelle et la Musique

Dr. sc.mus. Monika Nöcker-Ribaupierre, Munich

Votre enfant a été transféré à l'unité de soins intensifs dans un monde tout autre, bruyant, incalculable, dominé par des bruits techniques. Tout ce qu'il avait entendu auparavant n'existe plus, il entend surtout des voix étrangères, la voix de sa mère fait complètement défaut. Il ne peut pas s'opposer à ces bruits souvent chaotiques. S'y ajoute le fait que l'incubateur renforce les bruits extérieurs (le niveau sonore dans l'incubateur se situe à 50-109 dB). Pour surmonter tous ces bruits, votre bébé doit mobiliser beaucoup d'énergie dont il aurait, au fait, besoin pour la croissance et le développement.

D'amples recherches ont démontré qu'il est possible d'utiliser la musique et la voix maternelle d'une manière secourable et favorable au développement. A ce propos il s'agit de programmes mis sur place individuellement. Un saupoudrage continu recouvrant l'unité tout entière surmènerait votre enfant et est donc à rejeter.

Si vous, en tant que parents, désirez qu'on joue de la musique à votre enfant, il serait bon et aussi raisonnable pour vous si vous participiez à la choisir. Pour beaucoup de nos unités de soins intensifs ceci constitue aujourd'hui encore de la terre inconnue et demandera probablement de votre part des efforts et de la puissance de persuasion. Et souvent il est également inconcevable, du moins au début, qu'un bébé tellement minuscule pourrait profiter du fait d'entendre de la musique ou la voix de sa mère lorsqu'elles sont jouées à la bande sonore. Par ailleurs ceci demande d'écouter et d'observer votre enfant de très près que l'on ne peut souvent presque pas voir à force de l'appareil technique. Une chose est certaine : le bébé entend. Sa capacité d'entendre est déjà toute faite depuis des semaines même avant la date de naissance prématurée la plus avancée ; il vient donc au monde avec des semaines entières d'expérience auditive. Si l'on parle à un bébé dans l'incubateur en l'observant de près, l'on peut voir qu'il entend.

Vous pouvez vous-mêmes combiner la musique destinée à votre bébé – il y a cependant quelques pièces musicales composées ou arrangées spécialement à cet effet : des berceuses avec accompagnement au violon ou à la guitare, de la musique de détente avec ou sans sons de la nature. Peut-être y a-t-il aussi une musique déjà familière à votre bébé du temps passé dans le ventre de la mère. En la choisissant, vous

pouvez vous aussi très bien orienter aux chansons enfantines, de bonne nuit ou de berceau que vous lui chanteriez s'il était à la maison. En tout cas vous, les parents (ou bien l'infirmière pour enfants) devriez écouter de près et observer l'enfant, si vous lui jouez de la musique. Car chaque enfant, si petit qu'il soit, est déjà une personnalité unique et a ses préférences à lui.

En tant que mère d'un bébé prématuré très immature j'ai travaillé pendant beaucoup d'années comme musicothérapeute à une unité néonatale de soins intensifs. J'ai fait l'expérience que des mères avaient souvent des réserves à faire jouer à leur enfant de la musique (par ex. de Mozart) à l'intérieur de l'incubateur – par opposition à leur réaction positive et heureuse à la proposition de faire un enregistrement de leur voix pour leur enfant. La méthode musicothérapeutique (stimulation auditive) développée sur cette base est d'une grande aide aussi bien pour vous que pour votre enfant.

Car : La voix de la propre mère, donc votre voix, est, par opposition à la musique « à la boîte » quelque chose tout à fait unique, inéchangeable et familier – quelque chose que votre bébé connaît déjà du temps passé dans votre ventre. Comme la recherche pouvait le démontrer, ceci a un double effet : d'une part, ceci aide au bébé de s'arranger mieux avec le stress régnant à l'unité des soins intensifs, et d'autre part ceci vous aide comme mère de mieux surmonter le bas émotionnel existant possiblement après l'accouchement – simplement parce que vous pouvez faire quelque chose pour votre bébé en lui laissant quelque chose de vous que vous êtes la seule à pouvoir faire et personne d'autre. Votre voix signifie pour vous deux une relation de la vie à l'intérieur du ventre maternel au-delà de l'unité des soins intensifs jusqu'à la maison – elle aide à vous deux à rétablir le lien séparé brusquement par la naissance survenue trop tôt.

Vous devriez vous faire assister à la clinique par un professionnel de préférence pour l'enregistrement de la voix ou, si ce n'est pas possible, le réaliser à la maison – et veiller à une bonne qualité du son. Lisez alors à votre enfant une histoire ou une lettre préparée, racontez-lui de la vie à la maison ou chantez – tout comme vous voulez.

Veuillez faire attention au suivant :

- Prenez des haut-parleurs petits mais de bonne qualité pour l'enregistrement. N'utilisez pas des écouteurs qui transmettent la parole ou la musique directement dans l'oreille de votre bébé. Ce point est souvent sous-estimé ; l'intensité sonore est difficile à contrôler, ceci pourrait donc être nuisible.



Si votre enfant avait besoin plus tard d'un suivi thérapeutique, la musicothérapie constitue une bonne possibilité

- La voix ou la musique ne devraient être jouées plus souvent que 5 fois par jour – pendant 30 minutes.
- L'intensité sonore devrait être réglée de sorte à pouvoir être entendu au-dessus du bruit de base de l'incubateur et
- Les heures du jour et de la nuit sont absolument à respecter.

S'il vous-plaît ne pas faire marcher la voix/musique pendant des manœuvres médicaux ou soignants pour éviter que le bébé puisse apprendre à établir une relation entre dérangement/ douleur et voix maternelle/musique.

Il est bon de faire jouer la musique/voix quand le bébé est calme et prêt à l'écouter, par. ex. après les repas ou si vous quittez votre enfant pour laisser encore quelque chose de vous auprès de lui.

L'enregistrement ne remplace le contact humain et devrait donc être arrêté tant que vous êtes auprès de votre enfant.

Si vous voulez absolument que votre enfant puisse entendre une montre à carillon, parce que c'était peut-être votre musique préférée de l'enfance ou parce qu'un de vos enfants plus âgés l'apporte, vous devriez soigneusement contrôler la pureté des sons de la montre – et la mettre ensuite, enveloppée dans un linge ou autre chose similaire, au pied de l'incubateur, loin des oreilles de votre bébé.

Pour finir, il convient de souligner avec insistance le fait que nous parlons ici de musique/voix préparée pour l'enfant individuel qui ne saura être jouée que pour cet enfant individuel dans l'incubateur. Il ne s'agit pas d'un saupoudrage musical de toute la salle de soins intensifs. Celui-ci serait beaucoup trop bruyant pour les enfants et ne tient pas compte de l'individualité du bébé. Certainement la musique jouée de cette manière pourrait avoir un effet améliorateur au climat pour le personnel soignant et les parents et leur alléger le travail et le séjour à l'unité de soins intensifs, mais pour les enfants ceci constitue un surmenage dû au bruit supplémentaire. Mais surtout, dans une pareille situation extrême, il faut regarder de très près ce qui fait du bien au bébé individuel et pour cette raison la musique ne peut être utilisée que de façon ciblée.

Tout ce que vous voulez faire comme parents pour votre enfant doit être délibéré avec le personnel de l'unité. Les médecins sont responsables de ce qui se passe à l'unité. Les infirmières et soignants sont ceux qui s'occupent le plus de votre enfant et qui ont souvent établi une relation particulière avec lui. Il est donc important et nécessaire de se concerter avec eux, de demander leur avis – ou bien d'articuler tout clairement vos propres besoins au sujet de votre enfant.

Littérature pour parents

„Förderung frühgeborener Kinder mit Stimme und Musik“
 (La promotion d'enfants prématurés avec la voix et à la musique)
 de M. Nöcker-Ribaupierre et M. L. Zimmer,
 Reinhard-Verlag (éditions Reinhard),
 2004

Contact

Dr. sc.mus. Monika Nöcker-Ribaupierre
 Wehrlestraße 22
 81679 München
 E-Mail: mnoeckrib@aol.com

Votre enfant nouveau-né, entend-il?

Dr. Daria Schreyka,

Entendre dès le début, c'est un facteur qui a une influence déterminante pour le développement global de votre enfant et son cours dans la vie. Le fait de ne pas pouvoir entendre, porte atteinte, à partir du moment de la naissance, au développement de sa langue et de son comportement, de son équilibre d'âme et plus tard de son éducation scolaire.

Un trouble auditif est un des déficits sensoriels congénitaux les plus fréquents. Par des procédures de dépistage simples il est maintenant possible d'exclure au cours des premiers jours de vie un trouble grave de l'audition. Deux méthodes de mesure différentes permettent de tester l'audition de votre enfant. Elles sont simples, rapides et sans douleurs et se laissent effectuer au nourrisson dormant.

Un test auditif, le dépistage dit screening néonatal est de vigueur pour les enfants prématurés. Ce test devrait être exécuté encore dans la clinique de délivrance ou pendant les premiers jours de la vie lors de l'examen U 2 ou U3. Dans le cas d'un enfant prématuré, un test auditif peut être plus difficile à effectuer. Les bébés prématurés



BU engl.

sont plus inquiets, bougent plus et les conduits auditifs sont plus petits. Pour cette raison, un spécialiste a éventuellement besoin de plus de temps pour obtenir un résultat. Mais il est possible d'exécuter le test chez les prématurés déjà de façon satisfaisante et sûre. De plus en plus il est devenu règle courante de soumettre les enfants prématurés encore à l'unité de néonatalogie à un examen visant à détecter un déficit auditif. Le cas échéant le screening néonatal doit cependant être répété après la sortie de la clinique jusqu'à ce qu'on ait obtenu un résultat sans équivoque.

Au cas où le test auditif aurait été hors norme, on procédera rapidement à une analyse détaillée du potentiel auditif. En cas de confirmation d'un trouble de l'audition, un traitement thérapeutique ainsi que des mesures de promotion précoce seront aussitôt mis sur pied. Grâce à la détection précoce, le traitement immédiat et la promotion, tout bébé prématuré présentant un déficit auditif pourra apprendre à entendre et à parler dans le cadre de ses possibilités. Demandez donc un test auditif (screening néonatal) pour votre enfant à l'accoucheur, à l'unité néonatale, à votre pédiatre, au centre socio-pédiatrique, à un spécialiste en oto-rhino-laryngologie ou à un phoniatre/audiologue pédiatrique.

Veillez à ce que votre enfant puisse bien entendre – dès le début !

Infos

www.fruehkindliches-hoeren.de (L'audition du petit enfant)

Le Passeport de Suivi

Christiane Stock, groupe de projet NSP, Hambourg)

Description

Depuis plus de dix ans, les membres de l'association Frühstart Hamburg e.V. (démarrage précoce) s'occupent de parents d'enfants prématurés. Dans ce cadre, un passeport de suivi a été élaboré par les parents concernés en coopération avec des médecins et des thérapeutes dont la deuxième édition est parue en juin 2007.

Le passeport de suivi est un classeur stable qui contient toutes les informations et les pièces documentaires. Par opposition au cahier d'examens (Untersuchungsheft) jaune dans lequel les troubles de santé sont décrits par des numéros indicatifs et des thérapeutiques, comme les exercices de physiothérapie, ne sont pas mentionnées, les données capitales des premières semaines de vie y sont listées en détail et le développement de l'enfant y est documenté.

Contenu

Le contenu du passeport de suivi se divise en six parties :

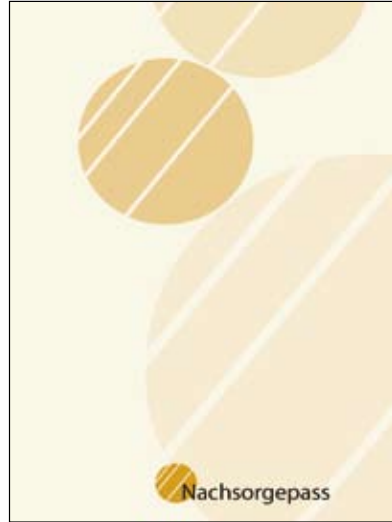
- Faits médicaux, comme par ex. données de la sortie de l'hôpital
Examens de contrôle jusqu'à 2 ans, examens par spécialistes, médicaments
- Mentions concernant des thérapeutiques comme exercices, ergothérapie et autres choses
- Données personnelles comme frères et sœurs, assistance maternelle, assurance soins
- Registre de mots étrangers
- Pochette en plastique à fermeture pour cahier d'examen, carnet de vaccination, passeport radiologique et autres choses
- Partie pour propres rapports supplémentaires

Nous avons préparé les pages suivantes, qui, si besoin est pour l'enfant, peuvent être classées :

Cardiologie, épilepsie, monitoring maison, gastro-entérologie, neuro-chirurgie.

Avantages pour les familles

A l'aide du passeport de suivi, les parents d'enfants prématurés ont la possibilité de garder toutes les informations et pièces documentaires (rapports des médecins, carnets de vaccination et de radiologie etc.) dans un classeur, de sorte que, grâce à la documentation ordonnée, des entretiens avec un médecin sont raccourcis, les parents ne sont pas obligés de prononcer en présence de leur enfant des diagnostics graves et le temps qui reste pour l'examen de l'enfant est plus long. Le passeport de suivi est particulièrement utile pour les



parents de jumeaux ou de plus d'enfants, puisqu'il permet d'exclure que les résultats médicaux des enfants soient confondus. En cas d'urgence survenant subitement, les médecins à l'hôpital voient les antécédents d'un seul regard; souvent les parents sont tellement excités dans une situation pareille qu'il leur est alors impossible de fournir un rapport détaillé.

Le passeport de suivi est en outre utile pour des familles qui déménagent et cherchent de médecins et thérapeutes pour leur enfant au nouveau lieu de résidence.

Avantages pour les personnes traitantes

Chacune d'entre elles n'inscrit que ses propres évaluations/résultats des examens, donc ne doit faire que quelques notes, de sorte que la mise à jour du passeport de suivi, tellement important pour les familles concernées, ne signifie pas un grand surcroît de travail.

Le passeport de suivi permet au médecin, thérapeute, à la jardinière d'enfants etc. en peu de temps un aperçu complet sur

- Les antécédents
- Le statu quo
- Les diagnostics
- Les médicaments administrés jusqu'à présent

- Le franchissement d'étapes importantes du développement, par ex.
 - Quand l'enfant a-t-il commencé à marcher à quatre pattes
 - Quand a-t-il commencé à parler
- Classement du grade soignant et du degré d'invalidité de l'enfant

Le passeport de suivi crée un réseau entre tous ceux qui, sous des formes les plus diverses, s'occupent de l'enfant ; il contribue à éviter des traitements doubles. Il est très utile lors d'un éventuel renvoi à l'hôpital.

Utilisation/Emploi sur le Plan Pratique

- Les parents peuvent recevoir le passeport de suivi dans la clinique à la sortie. Si la clinique n'a pas encore des passeports de suivi, elle peut commander des passeports de suivi auprès du groupe de projet passeports de suivi c/o Frühstart Hamburg e.V. (démarrage précoce) (info@nachsorgepass.de). Ceux-ci sont délivrés gratuitement ; simplement les frais d'emballage et de port sont mis en compte. De cette manière, des parents pourront également se procurer des exemplaires isolés en cas de besoin.
- Les cliniques devraient délivrer aux prématurés et nouveau-nés malades, pour lesquels ceci semble utile et nécessaire, au moment de la sortie un passeport de suivi, où les pages Perinatal- et Entlassungsdaten (données périnatales et de sortie) ont déjà été remplies (en sus du carnet U).
- Les parents mettent aussi des rapports médicaux détaillés dans le classeur et gardent le carnet U, le carnet de vaccination, les radiographies etc. dans la pochette en plastique et apportent le passeport de suivi à chaque consultation pour faire entrer les nouveaux résultats de l'examen en forme courte.

Vaccinations chez les Prématurés

*Dr. med. Franziska Schaaff et Prof. Dr. med. Heinz-J. Schmitt,
Université Johannes Gutenberg, Mayence*

Devrait-on vacciner les prématurés? Cette question fait hésiter beaucoup de parents. Car d'une part, les prématurés sont considérés d'être particulièrement réceptifs aux maladies infectieuses et chacun se souhaite une protection vaccinale optimum précisément pour ces enfants. Mais les vaccins disponibles offrent-ils au juste une protection raisonnable, bonne pour les prématurés? S'agissant de ce groupe de patients particulièrement «susceptibles», des réactions secondaires et des complications se manifestent-elles de manière accrûe? Cette attitude incertaine est souvent due à un manque d'informations fondées de sorte que souvent les vaccinations recommandées ne sont pratiquées que trop tard ou pas du tout. Par la suite nous avons réuni des informations importantes et des concepts au sujet des vaccinations pour les prématurés.

Risque d'infection

Les nouveau-nés sont particulièrement menacés par quelques maladies transmissibles, et ce risque est souvent encore plus prononcé pour les prématurés. La coqueluche (pertussis) menace surtout les nourrissons non vaccinés âgés de moins de 6 mois. Les prématurés sont également menacés dans une mesure plus élevée par l'hépatite B. Ils ont encore une barrière cutanée et muqueuse immature et reçoivent souvent des produits de sang et de plasma. Plus les enfants sont jeunes, plus la maladie prend une évolution chronique. Des infections chroniques (à vie !) à leur tour entraînent régulièrement une cirrhose de foie ou bien un cancer des cellules du foie.

En raison de l'immaturité de la défense propre du corps (du système immunitaire) les nourrissons – et là encore surtout les prématurés – sont menacés d'infections graves causées par des bactéries capsulées (méningocoques, pneumocoques, haemophilus influenzae b). Ces agents pathogènes passent de la région nasopharyngale dans le sang et sont alors à l'origine d'un empoisonnement grave du sang (septicémie) ou bien ils passent par le système sanguin dans les organes internes et causent alors une méningite, des infections articulaires ou d'autres infections d'organes.

Des prématurés et des nourrissons présentent un risque nettement plus élevé d'être gravement atteints par une grippe (influenza). Ce sont eux qui, dans le cadre des épidémies annuelles, doivent être traités le plus souvent à l'hôpital.

Les rotavirus sont les agents qui suscitent le plus fréquemment une diarrhée chez les enfants en bas âge. De nouveau, les prématurés en sont particulièrement affectés. La maladie prend une course plus grave chez eux. Par une infection à l'hôpital, le séjour à l'hôpital peut se prolonger considérablement, quoique des décès ou des séquelles restantes soient très rares.

Etant donné que les prématurés reçoivent par la grossesse plus courte moins d'anticorps empruntés à la mère, ils sont aussi moins bien protégés contre la rougeole que des enfants nés à terme. Ce sont les nourrissons précisément qui présentent un grand risque d'une évolution grave de la rougeole avec des séquelles à long terme.

Pratiquement tout enfant tombe malade jusqu'à l'âge de 2 ans du moins une fois en raison d'une infection causée par des virus RS (VRS). Tandis



Foto: Ivo Kljuc, Department Mannheim

que la maladie se présente d'habitude à un âge plus avancé chez les enfants et les adultes comme un rhume léger, les nourrissons en particulier peuvent tomber gravement malade avec une bronchiolite ou pneumonie et doivent être traités à l'hôpital. S'il s'agit de très grands prématurés ou de ceux présentant une maladie pulmonaire ou une déficience cardiaque de naissance ou bien d'enfants ayant une maladie sous-jacente d'ordre neurologique, la maladie prend une évolution encore plus grave – ces patients ont souvent besoin d'un traitement médical intensif ou d'une respiration artificielle.

Que se passe-t-il lors d'une vaccination ?

Particularités du système immunologique chez les prématurés

D'une manière générale il y a des vaccins morts et des vaccins vivants. Les vaccins morts (p. ex. la vaccination sextuple, des vaccins contre les pneumocoques, les méningocoques, influenza) contiennent par ex. des éléments de protéines ou de sucre de l'agent pathogène contre lequel le corps forme des matières protectrices, dits anticorps. Les vaccins morts ne sont pas en mesure de susciter par eux-mêmes des maladies. De la fièvre, le l'inquiétude ou des douleurs ou des enflures au site de la vaccination sont l'expression du « conflit interne » du système humain de défense avec le vaccin.

Les vaccins vivants contiennent des agents pathogènes atténués à tel point à causer une infection légère sans danger pour le vacciné. Après une vaccination aux agents vivants, une légère « maladie de vaccination » peut donc se manifester, par. ex. de la fièvre et une éruption cutanée après une vaccination contre la rougeole. Dans le corps de l'enfant, les parties du système immunitaire travaillent la main dans la main. On y distingue ainsi des lymphocytes b et t, des cellules présentatrices d'antigènes, des messagers intracellulaires etc. Les résultats de cette coopération sont premièrement la production d'anticorps spécifiques protecteurs et de cellules spécifiques de défense et deuxièmement de « cellules mémoire ». Les cellules mémoire ou de rappel sont en mesure de reconnaître tout de suite, encore des années après la vaccination, les infections correspondantes et de réagir rapidement avec la formation d'anticorps ou d'un autre mécanisme de défense.

Chez le prématuré tous les composants du système immunitaire sont également présents. Leur réticulation, communication et fonction sont cependant encore immatures. Il est donc possible d'effectuer des vaccinations chez les prématurés – mais l'effet protecteur pourra atteindre individuellement un niveau un peu plus bas que chez les enfants nés matures.

Les vaccins nommés ci-haut entraînent une immunisation active, c'est-à-dire que le système immunitaire de l'enfant se met à réagir au vaccin

en formant lui-même (« activement ») p. ex. des anticorps protecteurs. Il y a certaines maladies contre lesquelles on n'a pas encore pu développer des vaccins efficaces. Dans ces cas il y a la possibilité d'introduire des anticorps protecteurs directement dans le sang pour pouvoir repousser l'infection. Ce procédé s'appelle l'immunisation passive.

Succès de la vaccination – les prématurés sont-ils suffisamment protégés ?

Etant donné que lors d'une vaccination beaucoup de parties du système immunitaire sont en jeu, il n'est pas possible de mesurer par un simple examen de laboratoire si la vaccination était couronnée de succès et dans quelle mesure. Certes, il est aujourd'hui facile de mesurer des anticorps contre le vaccin dans le sang. Les cellules de défense ayant une importance égale pour une réponse immunitaire protectrice ne peuvent cependant pas encore être examinées de façon routinière. Dans les études les concentrations d'anticorps (« titre ») sont aujourd'hui néanmoins l'élément le plus important pour démontrer le succès de la vaccination parce qu'elles sont les plus faciles à mesurer. C'est aussi plausible, car si l'on trouve des anticorps qui n'étaient pas encore là ou presque pas détectables avant, on peut savoir avec sûreté que le système de défense de l'enfant a réagi à la vaccination ! Les anticorps sont donc bel et bien un critère de la protection obtenue par la vaccination ! Mais étant donné que, à côté des anticorps, il y a encore d'autres mécanismes protecteurs du système de défense, on pourra être protégé contre une maladie dans un cas individuel même s'il n'est pas possible de démontrer la présence d'anticorps après la vaccination. Les prématurés vaccinés au moment adéquat, c'est-à-dire en conformité avec l'âge chronologique, produisent dans la plupart des cas des anticorps spécifiques contre le vaccin. La quantité et la concentration des anticorps formés se situent cependant à un niveau un peu en dessus de celui des enfants nés matures ; en outre il y a des indices démontrant que le titre des anticorps s'abaisse plus tôt au-dessous du valeur seuil décelable – les cellules mémoire restent cependant détectables. D'après la compréhension actuelle, les prématurés sont donc également protégés par la vaccination – la question de savoir si cette protection est aussi efficace comme celle effectuée chez les enfants nés matures reste ouverte. Pour cette raison, les parents devraient veiller à ce que la deuxième vaccination de rappel soit administrée au cours de la deuxième année de vie.

Effets secondaires de vaccinations – particularités chez les prématurés

Pour chaque vaccin disponible en Allemagne la Commission permanente auprès de l'Institut Robert Koch (STIKO) a établi une liste des effets



Si votre enfant avait besoin plus tard d'un suivi thérapeutique, la musicothérapie constitue une bonne possibilité

secondaires respectifs auxquels on devrait s'attendre. Les vaccinations ont des effets indésirables typiquement locaux et systémiques, comme par ex. des rougeurs, enflures et douleurs au site d'injection ainsi que de la fièvre. Ceux-ci sont à remarquer pendant les premières 48 (-72) heures s'il s'agit de vaccins morts et ne se manifestent pas de manière plus fréquente ou plus forte chez les prématurés que chez les enfants nés à terme.

A côté de cela, il est possible chez les prématurés que, pendant les premières 48-72 heures suivant la vaccination, les pauses respiratoires (apnées) et « le ralentissement du battement de cœur » (bradycardie) s'intensifient ou réapparaissent. De même, le besoin en oxygène peut passagèrement accroître chez les enfants ayant un besoin accru d'oxygène. Ces effets secondaires se produisent surtout s'il s'agit de très grands prématurés (< 1.500 g) et là particulièrement de ceux qui à l'âge de 8 semaines souffrent encore d'apnées et/ou de bradycardies ou qui ont encore un besoin urgent d'oxygène. Il s'agit là d'un phénomène passager ; des effets secondaires à long terme ou graves, une prolongation du séjour à l'hôpital ou des difficultés sérieuses sur le plan alimentaire n'ont pas été décrits.

Mesures complémentaires

A côté de la vaccination du prématuré lui-même, il y a encore des mesures complémentaires raisonnables, susceptibles de diminuer le

risque d'infection. Les personnes de l'entourage, c'est-à-dire le personnel à l'unité des soins intensifs respectivement à l'hôpital et les personnes de contact étroit (parents, frères et sœurs, famille proche, toutes les personnes de contact à partir de la baby-sitter jusqu'aux amis) devraient aussi se faire vacciner contre la coqueluche et, à l'automne, également contre l'influenza pour ne pas passer l'infection au prématuré. Des contacts avec des personnes et des membres de la famille ayant possiblement une maladie contagieuse devraient être évités. Des femmes désireuses d'enfants devraient compléter ou rafraîchir les vaccinations (pertussis, rougeole, oreillons, rubéole, varicelles, le cas échéant pneumocoques, méningocoques, influenza (Hib)). Selon le cas individuel, une vaccination de l'enceinte peut être indiquée (tétanos, influenza ou autres)

Résumé et conclusions

Par comparaison à des enfants nés matures, les prématurés présentent un risque nettement plus élevé d'être atteints d'une infection évitable par une vaccination, qui prend souvent une évolution particulièrement grave. Des examens portant sur la vaccination au moment approprié font ressortir que la grande majorité des prématurés développe des anticorps protecteurs, même si ceux-ci sont un peu moins nombreux que chez les enfants nés à terme et qu'ils se diminuent plus tôt. Mais d'après tout ce que l'on sait, des vaccinations effectuées à temps offrent une bonne protection sans pour autant constituer par elles-mêmes un risque plus élevé. Les effets secondaires typiques ne se manifestent pas plus souvent chez les prématurés que chez les autres nourrissons, cependant il peut y avoir une aggravation ou une récurrence d'ordre passager d'apnées et/ou de bradycardies. Des effets secondaires graves à long terme ne sont pas connus.

Nous conseillons donc – comme le fait mondialement la plupart des scientifiques, pédiatres, sociétés spécialisées et organes d'experts – d'administrer aux prématurés les vaccinations recommandées par la STIKO pour tous les enfants au moment approprié, c'est-à-dire correspondant à l'âge chronologique. En l'occurrence, des vaccins combinés devraient être utilisés. S'il s'agit de très grands prématurés qui, au moment de la vaccination, sont encore hospitalisés, une surveillance par moniteur devrait être pratiquée pendant 72 heures. Les vaccinations aux agents vivants et les vaccinations de rappel à la fin de la première année devraient être administrées aux prématurés au moment approprié pour établir une protection de vaccination efficace à long terme.

Des enfants présentant un risque particulier d'être atteint d'une infection VRS, devraient recevoir pendant toute la saison VRS une fois par mois des anticorps contre les virus RS. La question de savoir si votre enfant passe pour particulièrement menacé sera tranchée par le pédiatre à la vue des antécédents et des recommandations des sociétés spécialisées.

Littérature complémentaire et informations

Stellungnahme zur Prophylaxe von schwerern RSV-Infektionen bei Risikokindern mit Palivizumab.

(Prise de position sur la prévention d'infections graves à virus RS avec Palivizumab chez les enfants à risque élevé)

Homepage de DGPI 2006.

http://www.dgpi.de/pdf/Leitlinie_Palivizumab_27Okt2006.pdf

www.gesundes-kind.de

Allgemeine Information zum Thema Impfen;

(Informations générales au sujet de la vaccination)

Möglichkeit, Fragen zu stellen (Possibilité de poser des questions)

www.impfbrief.de Aktuelle Information für Ärzte zum Impfen

(Informations actuelles pour médecins relatives à la vaccination)

Contact

Dr. med. Franziska Schaaff

Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin

(Spécialiste de la médecine de l'enfant et de l'adolescent)

Abt. pädiatrische Infektiologie, Univ. Kinderklinik (département

de l'infectiologie pédiatrique, clinique universitaire pour enfants)

Langenbeckstraße 1 • 55101 Mainz

Tél.: (0 61 31) 17-50 33 • Fax: (0 61 31) 17-56 62

E-Mail: schaaff@uni-mainz.de

Prof. Dr. med. Heinz-J. Schmitt

Zentrum für Präventive Pädiatrie (Centre de pédiatrie préventive)

Kinderklinik der Johannes-Gutenberg-Universität

(clinique pour enfants de l'université Johannes Gutenberg)

Langenbeckstraße 1 • 55101 Mainz

Tél.: (0 61 31) 17-50 33

E-Mail: hjschmit@mail.uni-mainz.de

Comment prévenir la mort subite du nourrisson chez les prématurés ?

Christian F. Poets, Clinique universitaire de Tübingen

Les anciens prématurés très petits (nés avant la 37^{ème} semaine de grossesse, poids de naissance < 2550 g) présentent un risque accru de la mort subite du nourrisson (Sudden Infant Death Syndrom, SIDS). Pour cette raison, beaucoup de parents se demandent comment protéger leur enfant après la sortie de la clinique de cela. Autrefois, les enfants étaient souvent surveillés au moniteur tout au long de la première année. Ceci ne se fait guère plus aujourd'hui, étant donné qu'une surveillance pareille peut constituer un grand stress pour l'enfant et les parents en raison de beaucoup de fausses alarmes et qu'il n'a pas été prouvé qu'elle protège réellement de la mort subite du nourrisson. Autrement que jadis, nous savons par contre très bien quelles sont les mesures par lesquelles le risque de la mort subite se laisse abaisser d'environ de 90%. Les parents devraient être informés sur ces mesures concernant surtout le mode de coucher l'enfant pour contribuer eux-mêmes à la prévention de la mort subite du nourrisson.



Les parents disposent de la capacité intuitive de reconnaître les besoins de leur enfant

Mode de couchage et risque de la mort subite du nourrisson

Pour les nourrissons nés matures (c'est-à-dire à partir de la 37^{ème} semaine d'aménorrhée) le couchage sur le ventre est associé avec un risque de la mort subite augmenté de 6 – 8 fois. Pour les prématurés (enfants nés avant la 37^{ème} SA) ce risque se multiplie encore, à savoir de 39 fois ou, selon une étude scandinave, même de 83 fois (toujours par comparaison à des enfants nés à terme couchés sur le dos). Pour le couchage à côté il y a un risque plus élevé pour les prématurés de 40 fois. Pour cette raison, la position du couchage sur le ventre ou à côté doivent absolument être évitée comme position de sommeil précisément pour ces enfants; ils devraient être couchés sur le dos pour dormir!

On s'explique l'accroissement du risque de la mort subite du nourrisson en position ventrale par le fait que, dans cette position de sommeil, l'enfant peut plus facilement « s'enfoncer » avec son visage dans le linge d'en dessous, c'est-à-dire que son nez est confiné; en raison d'une défaillance de la réaction d'éveil qui, normalement, rend l'enfant capable de se libérer d'une situation dangereuse en tournant la tête, il y aura alors l'étouffement. Ceci expliquerait aussi pourquoi des matelas mous comme par ex. des peaux d'agneau sont entachés d'un risque nettement plus élevé de la mort subite du nourrisson.



Foto: Ivo Kljucic, Department Mannheim

Tant que les prématurés petits ou nouveau-nés malades sont encore hospitalisés en raison d'une respiration encore instable, ils sont cependant couchés sur le ventre. C'est pratiqué parce que plusieurs études ont démontré, dès le début des années 70, que les prématurés et nouveau-nés couchés sur le ventre, montraient pendant le sommeil des pauses respiratoires nettement moins fréquentes et plus courtes et qu'ils avaient un volume pulmonaire plus grand, des valeurs d'oxygène plus élevées, moins d'abaissements de la saturation en oxygène et de la fréquence cardiaque ainsi qu'une durée de sommeil plus longue avec plus de

phases de sommeil profond. Puisque jusqu'à présent il n'y a pas encore eu des rapports sur des cas de mort subite du nourrisson survenus aux unités néonatales de soins intensifs (peut-être à cause de l'observation et surveillance permanentes et l'âge très jeune) rien ne s'oppose à dormir en position ventrale.

Dès que la situation respiratoire de ces enfants s'est améliorée, nous les mettons pour dormir en position dorsale ; s'il s'agit de prématurés qui sont à la clinique depuis longtemps, c'est pratiqué au plus tard une semaine avant la sortie envisagée. En même temps, nous expliquons aux parents que leur enfant allait maintenant mieux, que, sous peu, la sortie était prévue et que pour cette raison leur enfant était couché à partir de maintenant dans la position dans laquelle il devrait dormir après la rentrée à la maison : dans un sac de couchage et sur le dos.

Cette manière de procéder offre deux avantages : D'une part, c'est encore à la clinique que l'on fait face aux troubles de sommeil pouvant résulter provisoirement d'un changement de la position de sommeil devenue entre temps familière, sans imposer cette charge supplémentaire aux parents ; d'autre part la clinique remplit sa fonction d'exemple. Comme dans beaucoup de domaines de la vie journalière, les parents ont plutôt tendance à adopter quelque chose qu'on ait pratiqué devant leurs yeux que quelque chose qu'on leur ait simplement recommandée.

Par contre, la prescription d'un moniteur aux fins de prévention de la morte subite du nourrisson n'est pas raisonnable à notre avis. Nous ne prescrivons un pulsoximètre ou un moniteur maison que dans les cas où un prématuré présente encore des bradycardies ou des abaissements d'oxygène, mais qui, pour le reste, est en état de sortir de l'hôpital. Pareil à la clinique où une surveillance par moniteur ne serait pas terminée tant que ces symptômes persistent, nous offrons aux parents dans ces cas de prendre leur enfant à la maison et de continuer la surveillance par moniteur pour quelques semaines, c'est-à-dire jusqu'à la fin supposée de ces symptômes. Le but de la surveillance par moniteur n'est donc pas la prévention de la mort subite du nourrisson mais la prévention d'épisodes de manque d'oxygène. La condition à remplir avant la sortie avec un moniteur est cependant que nous avons montré aux parents comment se comporter correctement en cas d'alarme du moniteur (y compris l'entraînement de réanimation à une poupée) et qu'ils se (et nous les) croient capables de maîtriser une situation pareille.

A côté du couchage adéquat il faut encore tenir compte d'autres mesures importantes pour abaisser le risque de la mort subite du nourrisson. Les recommandations suivantes de la Société de la Pédiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent en font partie :

- Faites dormir l'enfant chez vous dans la chambre, mais dans son propre lit.
- Veillez à ce que sa tête ne puisse pas glisser sous la couverture ; évitez des coussins. Le mieux vaut un sac de couchage
- Evitez de trop chauffer : 18°C de température ambiante et un sac de couchage sont suffisants.
- Veillez à un entourage sans fumée pour votre enfant.
- L'allaitiez aussi longtemps que possible.
- Si votre enfant prend une tétine, il faudrait toujours la lui donner pour dormir.

Le but commun de ces recommandations est en dernier lieu de créer un environnement de sommeil dans lequel le danger que l'enfant pourrait s'étouffer au sommeil ou bien de ne pas se réveiller à temps dans une situation menaçante a été réduit autant que possible.

A côté de cela, nous conseillons également de participer aux vaccinations généralement recommandées parce que plusieurs études ont fait ressortir que des enfants vaccinés mouraient plus rarement de la mort subite du nourrisson que ceux non vaccinés.

Comme mentionné au début, la fréquence de la mort subite s'est abaissée de 90 % dans les pays ou régions qui ont appliqué les mesures indiquées de manière conséquente comme par ex. les Pays Bas ou la Steiermark. Ceci devrait constituer une stimulation suffisante pour adopter ces mesures avec conséquence aussi en Allemagne, précisément parce qu'il s'agit de nos « plus petits » particulièrement sensibles.

Contact

Abt. Neonatologie, Universitätsklinikum Tübingen
 (Service de néonatalogie – Clinique universitaire de Tübingen)
 Calwerstraße 7
 72076 Tübingen
 Tél.: (0 70 71) 2 98 47 42
 Fax: (0 70 71) 29 39 69
 E-Mail: christian-f.poets@med.uni-tuebingen.de

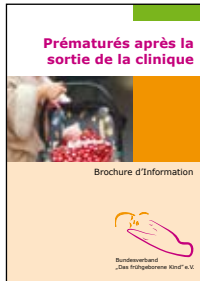
Brochures pour parents



L'alimentation de prématurés

par Prof. Dr. Christoph Fusch, Greifswald

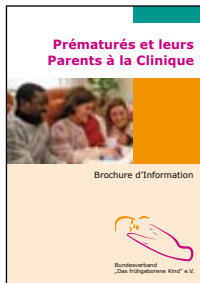
Ce conseiller s'occupe de l'alimentation de prématurés jusqu'aux aliments de complément. Il montre aux parents ce qu'il faut considérer et ce qui leur aide à nourrir leur bébé prématuré de façon optimum



Prématurés après la sortie de la clinique

par Dr. Klaus Sarimski, Munich et
Dr. Friedrich Porz, Augsburg

Bon nombre de parents rapportent qu'ils ne se sentaient pas bien préparés pour le premier temps après la sortie de la clinique. Cette brochure se propose de montrer aux parents concernés quelles sont les particularités à rencontrer chez les prématurés.



Prématurés et leurs Parents à la clinique

de Dr. Monika Nöcker-Ribaupierre, Munich

Cette brochure est censée donner une vue d'ensemble orientée à la pratique et offrir une aide pour faire face à la situation à l'unité hospitalière.

L'Association Fédérale se Présentant en son Propre Nom

L'association fédérale «L'enfant prématuré» e.V. (= association enregistrée) à été fondée en 1992 à Francfort sur le Main pour

- donner des informations et de l'assistance aux parents de prématurés et leur famille
- fournir de l'assistance aux groupes d'entraide régionaux et aux initiatives de parents
- avancer l'éclaircissement du public sur la situation de prématurés et de leurs familles dans les journaux spéciaux, à la radio et à la télévision
- créer un lobby pour les prématurés au niveau socio-politique et social.

En novembre 2003, l'association fédérale était en mesure d'inaugurer son service de contact et de consultation, le Centre d'Informations en matière de Prématurés (Frühgeborenen-Informationen-Zentrum (FIZ) à Francfort sur le Main. C'est là où les familles concernées, des initiatives de parents, des cliniques pour enfants, services de promotion précoce, médias et tous les intéressés peuvent s'adresser avec leurs questions à l'association fédérale.

Pour réaliser d'autres projets, nous avons besoin de votre support! Veuillez s'il vous-plaît nous aider par votre don ou une affiliation comme membre bienfaiteur à mettre l'association en mesure de réaliser ces tâches dans l'intérêt des plus petits de notre société. Merci bien !

Notes



Bundesverband
„Das frühgeborene Kind“ e.V.

Frühgeborenen-Informations-Zentrum

Speyerer Straße 5-7
60327 Frankfurt am Main

Infoline (0 18 05) 87 58 77 (0,14 Euro/Min.)

Mardi et jeudi 9:00 – 12:00 heures

Téléphone +49 (0) 69 58 70 09 90

Télécopie +49 (0) 69 58 70 09 99

E-Mail info@fruehgeborene.de

Internet www.fruehgeborene.de

Compte pour les dons

Frankfurter Volksbank
Compte 6 000 582 067
Code 501 900 00

Reconnue comme étant particulièrement digne de promotion et d'utilité publique par décision administrative de la perception de Francfort sur le Main en date du 3.3.2008, numéro de réf. 45 250 2232 6 – K18

L'impression de cette brochure
a été financée par l'assistance
aimable de

